Deutscher Bundestag **Drucksache 16/6339**

16. Wahlperiode 07. 09. 2007

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

Inhaltsverzeichnis

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 142 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Seite

Seite

Seite

Seite

Seite

Seite

Anhang

Seite

Verzeichnis der Tabellen im Text

Seite

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Seite

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

Verzeichnis der Abbildungen im Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
Abb.	Abbildung
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABP	Arzneimittelbezogene Probleme
Abs.	Absatz
ACE	Angiotensin-Converting-Enzyme (Angiotensin-Konversionsenzym)
ACHS	Australian Council on Health Standards
ACHS CEP	ACHS Care Evaluation Program
ADE	Adverse drug event
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ADR	Adverse drug reaction
ADT-Panel	Abrechnungsdatenträger-Panel
AE	Adverse event
AG	Arbeitsgemeinschaft
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIHW	Australian Insitute of Health and Welfare
ÄiW	Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMDE	Adverse medical device events
AMG	Arzneimittelgesetz
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AMP	Ampulle
ANP	Advanced Nursing Practice
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden
ApoBO	Apothekenbetriebsordnung
AQC	Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASS	Acetylsalicylsäure
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisch
AU	Arbeitsunfähigkeit
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGW	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BAT	Bundesangestelltentarif
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
BEAM	Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme

BET-Rate	Brusterhaltende Therapie-Rate
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Bersufsbildung
BIH	Beth Israel Hospital in Boston
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMI	Body Mass Index
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
Ca	Calcium
CABG	Coronary artery bypass graft
CBO	Niederländisches Institut für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung
CCC	comprehensive care center
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
CCP	Cooperative Cardiovascular Project
CCT	Current Controlled Trials
CDC	Centers for Disease Control
CEP	Care Evaluation Program
CHSRF	Canadian Health Services Research Foundation
CI	Confidence Interval (Konfidenzintervall)
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CIRS	Critical Incident Reporting System
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CONQUEST	Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COX 2-Hemmer	Cyclooxygenase 2-Hemmstoffe
CPOE	Computerized Physician Order Entry
CRAG	Clinical Resource and Audit Group
CSBS	Clinical Standards Board for Scotland
CSE-Hemmer	Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmstoffe
CSP	Complications Screening Program
CSRS	Cardiac Surgery Reporting System
CT	Computertomographie
DAT	Demenz vom Alzheimer-Typ
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie (Niederlande)
DDD	Defined daily dose
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
DGU	Gesellschaft für Unfallchirurgie

DHCPR	Dutch Health Care Performance Report
DHP-Studie	Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIW Berlin	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DNBGF	Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosed Related Group
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
DTCA	Direct-to-consumer advertising (Direkte Konsumentenwerbung)
EbM	Evidenz-basierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECDC	European Center for Disease Control and Prevention (Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Seuchen)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EE-Zeit	Entschluss-Entwicklungs-Zeit
EMEA	European Medicines Evaluation Agency (Europäische Zulassungsbehörde für Arzneimittel)
EPA	Europäisches Praxisassessment
EPC	Evidence-based Practice Center
EQUAM	Externe Qualitätssicherung in der Medizin
EquIP	Evaluation and Quality Improvement Program
ESQH	European Society for Quality in Health Care
EU	European Union (Europäische Union)
EUDRACT	European Clinical Trials Database (Europäische Datenbank für klinische Studien)
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUPHIN	EU Public Health Information Network (EU Informationsnetz für öffentliche Gesundheit)
EUROASPIRE	European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events (Europäische Aktion zur Verringerung von Ereignissen durch sekundärpräventive Maßnahmen)
FACCT	Foundation for Accountability
FDA	Food and Drug Administration
FEISA	Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt GmbH
FEV1-Wert	Einsekundenausatemkapazität (forced expiratory volume)
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetzes
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
FuE	Forschung und Entwicklung
GA	Gutachten des Sachverständigenrates
GAmSi	GKV-Arzneimittel-Schnellinformation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GCP	Good Clinical Practice (gute klinische Praxis)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMDN	Global Medical Device Nomenclature
GMDS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GuKG	(österreichisches) Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HCFA	Health Care Financing Administration
HCQI	Health Care Quality Indicators Project
HCUP	Healthcare Cost and Utilization Project
HebG	Hebammengesetz
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
HHS	Department of Health and Human Services
HLG	High Level Group
HMO	Health Maintenance Organisation
HMV	Hilfsmittelverzeichnis
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
HPG	Heilpraktikergesetz
HQA	Hospital Quality Alliance
HSPH	Harvard School of Public Health
HTA	Health Technology Assessment (Bewertung medizinischer Verfahren)
HWMIs	Hospital Wide Medical Indicators
HWO	Handwerksordnung
i.m.	intramuskulär
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICD-10-GM	International Classification of Diseases, 10th Revision, German Modification
ICD-9-CM	International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ICN	International Council of Nursing
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
IKK	Innungskrankenkasse
INM	Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement München
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
IOM	Institute of Medicine
IQI	Inpatient Quality Indicator
IQIP	International Quality Indicator Project
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

ISDB	International Society of Drug Bulletins
ISQua	International Society for Quality in Health Care
ITS	Intensivstation
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JG	Jahresgutachten des Sachverständigenrates
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFF	Kaiser Family Foundation
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KJPT	Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
KORA	Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
LORAS	Leistungsorientierte Ressourcen-Allokation im Spitalwesen
LQS	Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
LVG	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz
MADE	Adverse medical device events
MAfA	Medizinische/r Assistent/in für Anästhesie
MAIA	Mittelmärkische Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit
MCO	Managed Care Organizations
MDG-5	Millennium Development Goal 5
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
ME	medication error
MF	Medikationsfehler
MHA-QI	Maryland Hospital Association Quality Indicator Project
MONICA	Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease
MPG	Medizinproduktegesetz
MRT	Magnetresonanztomografie
MSB	Maximum sterile barrier
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben.
MTA	Medizinisch-technische/r Assistent/in
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NACA-Score	National Advisory Committee for Aeronautics-Score
NAG	Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung
NCC MERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
NCE	New chemical entity (Neue chemische Einheit)
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHQMP	National Hospital Quality Management Program

NHQR	National Healthcare Quality Report
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NIS	Nationwide Inpatient Sample
NLHI	National Library of Health Care Indicators
NP	Nurse Practitioner
NQF	National Quality Forum
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse
NSAR	Nicht-steroidale Antirheumatika
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NVHRI	National Voluntary Hospital Reporting Initiative
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio
OTA	Operationstechnische/r Assistent/in
OTC	Over the counter (rezeptfrei erhältliches Arzneimittel)
PA	Physician Assistant
PAF	Performance Assessment Framework
PATH	performance assessment tool for quality improvement in hospitals
PCC	PacifiCare of California
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PCI	Perkutane Koronarintervention
PDb	Pharmakoepidemiologische Datenbank
PDI	Pediatric Quality Indicator
PE	Pulmonale Embolie
PEP-C	Patient’s Evaluation for Performance Survey
Pflege-VG	Pflegeversicherungsgesetz
PGB	Personengebundene Pflegebudgets
PHMV	Pflegehilfsmittelverzeichnis
PKV	Private Krankenversicherung
PMI	Patient Measures Inventory
PPP	Public Privat Partnership
PPR	Pflege-Personalregelung
PPT	Psychologische/r Psychotherapeut/in
PQI	Prevention Quality Indicator
PR	Public Relations
PRO	patient-reported outcome
PSI	Patient Safety Indicator, Patientensicherheits-Indikator
PTCA	Perkutane transluminale coronare Angioplastie (Herzkranzgefäß-Erweiterung)
QI	Qualitätsindikatoren
QIDP	Qualitätsindikatoren-Datenbank
QIP	Quality Incentive Program
Q-M-A	Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung
QMK	Qualitätsmodell Krankenhaus
QMNet	Quality Measurement Network

QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
QUK	Qualitätsindikatoren in der universitären Krankenversorgung
RAND	Research and Development
REDIA-Studie	Rehabilitation und Diagnosis Related Groups-Studie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Nationales Institut für Public Health und Umwelt)
RKI	Robert Koch-Institut
ROI	Return on investment (Kapitalrendite)
RR	Relatives Risiko
RSA	Risikostrukturausgleich
rt-PA	recombinant tissue plasminogen activator
RVO	Reichsversichertenordnung
SB	Sachstandsbericht
SEIFA-Index	Socio-economic index for areas (Sozioökonomischer Gebiets-Index)
SES	Socio-economic status (Sozioökonomischer Status)
SG	Sondergutachten des Sachverständigenrates
SGB	Sozialgesetzbuch
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
SID	State Inpatient Databasis
SimPatIE	Safety Improvement for Patients in Europe
SOC	Sense of Coherence
SOEP	Sozio-ökonom. Panel
SOS-NET	Schlaganfallversorgung Ost-Sachsen-Netzwerk
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SSRI	Selektive Serotoninantagonisten
StGB	Strafgesetzbuch
SV	Selbstverwaltung
SVR	Sachverständigenrat
SWOT-Analyse	Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats-Analyse
Tab.	Tabelle
THCIC	Texas Health Care Information Council
TK	Techniker Krankenkasse
TQM	Total Quality Management
TVT	Tiefe Venenthrombose
UAE	Unerwünschtes Arzneimittelereignis
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UE	Unerwünschtes Ereignis
UMDNS	Universal Medical Device Nomenclature System
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
ÜUFV	Über-, Unter-, und Fehlversorgung
UWG	Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb
VBL	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
VD	Vaskuläre Demenz
VDA	Verband der Automobilindustrie
VDR	Verband der Rentenversicherungsträger
VFA	Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.
VFWPS	Verein für werbefreie Praxissoftware e.V.
VTE	Venöse Thromboemolie
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands

VUE	Vermeidbare unerwünschte Ereignisse
WAMP	Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System
WHI	Women‘s Health Initiative
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WS	Wirkstoff
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
ZVK	Zentralvenöser Katheter

Vorwort

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2007 mit dem Titel „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ vor. Neben der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe bilden die integrierte Versorgung, das Krankenhauswesen, die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung und die Primärprävention in vulnerablen Gruppen Schwerpunkte der Betrachtung. Damit erfüllt der Rat seinen in § 142 Abs. 2 SGB V formulierten Auftrag, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat zahlreiche Gespräche geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Im Einzelnen dankt der Rat: Herrn Bernd Albers, M. Sc. N., Aktionsbündnis Patientensicherheit, Witten; Herrn Gerhard Bosold, Arzt für Allgemeinmedizin Reichelsheim, Herrn PD Dr. Ulrich Brinkmeier, Medizinische Hochschule Hannover; Dr. med. Klaus Dahmen, Universität Rostock; Herrn Prof. Dr. Uwe Flick, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin; Frau Pflegedirektorin Hedwig Francois-Kettner; Herrn Prof. Dr. jur. Robert Franke, Universität Bremen; Frau Carola Gold, Gesundheit Berlin e. V.; Herrn Prof. Dr. jur. Dieter Hart, Universität Bremen; Herrn Dipl. sc. pol. Siegfried Heinrich, IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach; Herrn Dr. Alfons Hollederer, lögd NRW; Herrn Dipl.-Soz. Holger Kilian, Gesundheit Berlin e.V.; Herrn Dr. Wolf Kirschner, FB+E Berlin; Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck, M. A.; Herrn Dr. med. Walter Kromm, Arzt für Allgemeinmedizin Reichelsheim, Bundesärztekammer; Frau Dr. phil. Constanze Lessing, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Witten; Herrn Prof. Dr. phil. Martin Moers, Fachhochschule Osnabrück; Herrn Dipl.-Pol. Michael Noweski, FU Berlin; Herrn Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Zentrum für Versorgungsforschung Köln; Frau Helene Reemann, BZgA; Frau Dr. phil Gundula Röhnsch, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin; Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld, School of Public Health; Dr. med. Elmar Schmid, Arzt für Allgemeinmedizin München, Herrn Prof. Dr. med. Theodor Scholten, Allg. Krankenhaus Hagen; Herrn Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Hans-Ludwig Schreiber, Göttingen; Herrn Dipl.-Kaufm. Dr. Peter Steiner, Deutsche Krankenhausgesellschaft Berlin; Herrn Dr. Volker Wanek, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach; Frau Dr. Simone Weyers, Universität Düsseldorf und BZgA; Herrn Prof. Dr. rer. cur. Maik Winter, Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere: Herrn Falk Hoffmann, MPH, Zentrum für Sozialpolitik, Uni Bremen; Frau Dipl.-Kffr. Andrea Kranzer, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre; Herrn Dipl.-Pol. Sebastian Klinke, Wissenschaftszentrum Berlin, FG Public Health; Frau Dr. Susanne Kümpers, MPH, Wissenschaftszentrum Berlin, FG Public Health; Herrn Matthias Pfannkuche, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Der Rat ist einer großen Anzahl von Institutionen, Organisationen und Personen zu Dank verpflichtet. Das gilt insbesondere für die Berufsverbände, die an der Anhörung des Rates teilgenommen haben und die für Gesundheit zuständigen Landesministerien, die sich an der Befragung des Rates beteiligt haben.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Verw.Wiss. Simone Grimmeisen MSc; Frau Dr. med. Nejla Gültekin, MPH; Frau Karin Höppner MSc; Herr Dr. rer. pol. Ronny Klein und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine Van den Berghe und Frau Annette Wessel für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Juli 2007

Gisela C. Fischer **Gerd Glaeske** **Adelheid Kuhlmey**

Matthias Schrappe **Rolf Rosenbrock** **Peter C. Scriba**

Eberhard Wille

1 Einleitung: Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

1.1 Übergreifende Ziele und Aspekte des Gutachtens

1. Im Zusammenhang mit den Diskussionen um das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz standen das deutsche Gesundheitswesen und hier insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erneut im Mittelpunkt des sozial- und wirtschaftspolitischen Interesses. Die politischen Entscheidungsträger sahen sich dabei mit der Aufgabe konfrontiert, sowohl das Finanzierungssystem der GKV nachhaltiger zu gestalten, als auch die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Da die Feststellung einer Wachstumsschwäche der bestehenden Finanzierungsbasis in der GKV die Existenz von noch vorhandenen Effizienz- und Effektivitätsreserven nicht ausschließt, bilden beide Aufgabenbereiche aus gesamtwirtschaftlicher und gesellschaftlicher Perspektive Ansatzpunkte für zielorientierte Reformmaßnahmen. Während die Finanzierungsprobleme der GKV weiterhin einer nachhaltigen Lösung harren, beschäftigt sich das vorliegende Gutachten mit der Ausgaben- bzw. Leistungsseite der Gesundheitsversorgung. Die Überlegungen können damit an zahlreiche Reformmaßnahmen anknüpfen, mit denen der Gesetzgeber in den letzten Jahren auf manchen Feldern bessere Voraussetzungen für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung schuf. Die Ausführungen folgen auch unmittelbar dem gesetzlichen Auftrag, Über-, Unter- und Fehlversorgung aufzuzeigen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen vorzuschlagen. Die Thematisierung von Effizienz- und Effektivitätsreserven besitzt ihre normative Berechtigung unabhängig von der wiederholten These des Rates, dass das deutsche Gesundheitswesen den Versicherten bzw. Patienten auch im internationalen Vergleich eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau bietet.

2. Eine zielorientierte Gesundheitsversorgung, die in diesem Gutachten vor allem allokative, aber auch distributive Aspekte umfasst, setzt eine entsprechende Kooperation sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen diesen und den Krankenkassen sowie klar geregelte Verantwortlichkeiten voraus, die den fachspezifischen Qualifikationen der an den Prozessen gesundheitlicher Leistungserstellung Beteiligten Rechnung tragen. Unter diesem übergreifenden Aspekt beschäftigen sich die einzelnen Kapitel mit folgenden Themen:

- Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung (Kapitel 2),
- Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand, Managed Care und Perspektiven (Kapitel 3),
- Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (Kapitel 4),
- Qualität und Indikatoren der Patientensicherheit: Auswirkungen der Veröffentlichung von Qualitätsdaten und der Qualitäts-bezogenen Vergütung (Kapitel 5) sowie
- Primärprävention in vulnerablen Gruppen (Kapitel 6).

Die Ausführungen zielen durchgehend darauf ab, unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten, die als adaptive Reformschritte unmittelbar an den bestehenden Strukturen ansetzen können. Reformvorschläge zu einer evolutorischen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens vermögen auch einen Beitrag zur Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit dieser Wachstumsbranche zu leisten.

3. Eine zielorientierte Gesundheitsversorgung basiert auf einem Nutzenkonzept, das über die absolute Wirksamkeit hinaus Patienten- und gesellschaftliche Präferenzen einbezieht. Der Begriff der Angemessenheit macht die Determinaten der relativen Wirksamkeit für Allokationsfragen zugänglich, wobei die absolute Wirksamkeit als vorrangige, notwendige Bedingungen für den Nutzen eines Verfahrens in ihrer Bedeutung nicht geschmälert wird. In diesem Sinne erfordert eine zielorientierte Gesundheitsversorgung hinsichtlich der anvisierten Outcomes vor allem eine gesundheitliche Orientierung. Diese soll vermeiden, dass sich allfällige Gesundheitsreformen in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen. Die Gesundheitspolitik griff in den letzten Jahren, insbesondere in den Bereichen Prävention, integrierte Versorgung sowie Arzneimittelversorgung, eine Reihe von outcomeorientierten – und auch anderen – Empfehlungen des Rates auf und setzte sie auch um. Gleichwohl möchte ein Beitrag mit der Aufforderung „Mehr gesundheitliche Orientierung“ als Vorspann zu den folgenden fünf Kapiteln an noch verbleibende zentrale Desiderata erinnern. Dabei handelt es sich vor allem um folgende Defizite:

- Es mangelt der deutschen Gesundheitspolitik nach wie vor an einer expliziten Zielorientierung.
- Trotz einiger positiver Ansätze weisen Gesundheitsförderung und Prävention beachtliche und noch nicht ausgeschöpfte Potentiale hinsichtlich einer Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes auf.
- Partizipation und Eigenverantwortung von Patienten erlangen noch nicht die ihnen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zukommende Bedeutung.
- Zur Vermeidung bzw. Minimierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bestehen bezüglich der Versor-

gungsqualität trotz erkennbarer Anstrengungen und einiger Fortschritte weitere Verbesserungsmöglichkeiten.

– Die (Versorgungs-)Forschung bedarf einer stärkeren Förderung. Dies gilt auch für eine um Neutralität bemühte wissenschaftliche Beratung der Gesundheitspolitik und die Evaluation von Gesundheitsprojekten durch unabhängige Sachverständige.

4. Das zweite Kapitel erörtert die derzeitige Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und fragt nach dem optimalen Einsatz dieser personellen Ressourcen, um die Potentiale der unterschiedlichen Berufsgruppen für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu nutzen. Diese Frage gewinnt vor dem Hintergrund zunehmender Transparenz und steigender Erwartungen von Versicherten und Patienten, der absehbaren demographischen Entwicklung, von Veränderungen im Morbiditätsspektrum, einer fortschreitenden Spezialisierung und vielfältigen neuen technischen Möglichkeiten zunehmend an Bedeutung. Die Empfehlung einer stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und die Forderung nach einer verbesserten Kooperation zielen primär auf eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung und weniger darauf ab, einem eventuellen Ärztemangel vorzubeugen. Wie in den anderen Kapiteln geht es bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und entsprechenden Verantwortlichkeiten um die optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Der Weg dorthin setzt jedoch bei allen Gesundheitsberufen die Bereitschaft voraus, im Rahmen neuer, teamorientierter Arbeitsformen zu einer Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder entsprechend der Qualifikation zu kommen und die entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Da sowohl zahlreiche Ärzte als auch mehrere andere Berufsgruppen angesichts ihres Potentials die momentane Situation als unbefriedigend empfinden, könnte ein Neuzuschnitt von Aufgaben allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zugute kommen. Schließlich profitieren die Patienten von einer effizienteren und qualitativ besseren Versorgung, was letztlich das entscheidende Kriterium bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und veränderten Verantwortlichkeiten darstellt.

5. Die Erprobung einer veränderten Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und damit die Implementierung neuer Kooperationsformen und mit ihnen einhergehender Verantwortlichkeiten bietet sich vor allem im Rahmen der integrierten Versorgung an, der sich das dritte Kapitel widmet. Der Gesetzgeber schuf in den letzten zehn Jahren die Grundlagen für die Wahl mehrerer besonderer Versorgungsformen, die es den potentiellen Vertragspartnern, d. h. Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Gruppen von Vertragsärzten, erlauben, die gesundheitliche Leistungserstellung fach- und sektorübergreifend auszurichten. In die Gesundheitsversorgung können damit verschiedene Elemente von Managed Care eingehen, zu denen vor allem eine zielorientierte, sektorübergreifende Koordination und Kooperation zwischen allen am Behandlungsablauf Beteiligten gehören. Eine solche integrierte kooperative Leistungserstellung kann in indikationsübergreifenden, populationsbezogenen Versorgungsnetzen oder auch im Rahmen von Disease und Case Management erfolgen. Populationsbezogene Versorgungsnetze, die hohe Anforderungen an eine zielgerichtete Koordination und Kooperation stellen, sehen in der Regel einen vom Versicherten gewählten Ansprechpartner vor, bei dem es sich zumeist um einen Hausarzt handelt. Beim Zugang zur integrierten Versorgung sowie beim Case Management können z. B. spezialisierte Pflegekräfte in Kooperation mit Ärzten je nach Anforderungsprofil ebenfalls bestimmte Aufgaben übernehmen. Um eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erzielen, reicht allerdings in sektoraler Hinsicht die reine Integration von Krankenhäusern und ambulanten Ärzten nicht aus, es bedarf vielmehr zusätzlich geeigneter Anreizstrukturen und einer outcomeorientierten Koordination aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten. Dies setzt die Existenz von Outcomeindikatoren voraus, die in möglichst quantitativer Form die Qualität der Versorgung widerspiegeln und damit den gesundheitlichen Nutzen anzeigen, der den Patienten aus der Gesundheitsversorgung erwächst.

6. Die sektorübergreifende Optimierung an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie damit einhergehend ergebnisorientierte Anreizstrukturen z. B. durch einen funktionsfähiger Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Gebiets-) Ärzten stehen mit im Zentrum einer erfolgversprechenden Versorgungsintegration. Zudem bilden Krankenhäuser schon in logistischer Hinsicht nahe liegende Ausgangspunkte für umfassende regionale Versorgungsnetze. Daneben sehen sich die Krankenhäuser derzeit auch noch, womit sich das vierte Kapitel beschäftigt, mit einem veränderten Ordnungsrahmen hinsichtlich der Landesplanung, mit einer Zunahme von privater Trägerschaft und mit der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems sowie möglicherweise einer Änderung der Investitionsfinanzierung konfrontiert. Sofern eine Krankenhaus-Rahmenplanung die detaillierte Angebotsplanung durch die Länder ablöst, erhalten die Krankenhäuser eine größere Autonomie. Dies würde ihnen die Möglichkeiten eröffnen, ihre Kapazitäten besser an den regionalen Bedarf anzupassen und damit auch Überkapazitäten zügiger abzubauen. Ein Übergang zur monistischen Finanzierung würde sie zudem in die Lage versetzen, über eine gezielte Investitionspolitik sich vor Ort abzeichnende Marktchancen (schneller) zu ergreifen. Der Übergang von einer Detail- zu einer Rahmenplanung der Länder und von der dualen zur monistischen Finanzierung entlassen den Staat allerdings nicht aus seiner Verantwortung für die Sicherstellung der notwendigen Krankenhausversorgung, was ein begleitendes Monitoring der Versorgungsstrukturen erforderlich macht. Die Einführung des Fallpauschalensystems ging mit einer Verkürzung der Verweildauer und einer verbesserten Transparenz einher, wobei die entsprechenden Qualitätseffekte mangels outcomeorientierter Evaluation allerdings offen bleiben. Im Sinne evolutorischer Reformschritte empfiehlt der Rat, das Fallpauschalensystem zunächst mit Hilfe von Festpreisen weiter zu entwickeln und nur partiell für den Preiswettbewerb zu

öffnen. Sofern und soweit sich die Vertragspartner im Rahmen der integrierten Versorgung auf eine andere Vergütung wie z. B. sektorübergreifende Komplexpauschalen einigen, verliert dieses partielle Höchstpreissystem allerdings an Bedeutung.

7. Das fünfte Kapitel analysiert mit der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit wichtige Determinanten und Elemente der gesundheitlichen Outcomes. Valide Qualitäts- und Patientensicherheits-Indikatoren vermögen wertvolle Informationen über den Nutzen, der den Patienten aus der Behandlung erwächst, zu liefern und damit auch einen Beitrag zur Zielorientierung der Gesundheitsversorgung zu leisten. Die Evaluation von Projekten integrierter Versorgung könnte im Rahmen eines Benchmarking mit anderen Versorgungsformen u. a. auf einem System von validen Indikatoren der Qualität und Patientensicherheit aufbauen. Die 30 in diesem Kapitel vorgeschlagenen Indikatoren für die Patientensicherheit, die auch die Arzneimittelsicherheit mit einbeziehen, sind als ein Pool aufzufassen, aus dem für Deutschland im Rahmen der Umsetzung der Qualitätssicherung eine Auswahl getroffen werden kann. Die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten und Qualitäts-bezogene Vergütungssysteme versprechen, was empirische Studien belegen, eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Bei einer öffentlichen Verbreitung von Daten über risikoadjustierte Outcomes besitzen vor allem Krankenhäuser stärkere Anreize, in Qualitätsmanagement zu investieren und die Behandlungsergebnisse einem fortlaufenden Controlling zu unterziehen. Eine meist mit *public disclosure* kombinierte Qualitäts-bezogene Vergütung hat das Potential, Qualitätsdefizite zu beheben und auch populationsbezogene Gesundheitsziele zu verfolgen. Diese Entwicklung könnte unter den Leistungserbringern einen Qualitätswettbewerb auslösen, der letztlich den Patienten zugute kommt. Unabhängig von entsprechenden ethischen Verpflichtungen übt ein solcher Qualitätswettbewerb auf die Institutionen und Berufsgruppen im Gesundheitswesen einen starken Anreiz zur zielorientierten Koordination und zur Übernahme von Verantwortung aus.

8. Das sechste Kapitel thematisiert die Primärprävention in vulnerablen Gruppen mit einer exemplarischen Darstellung der Probleme und der Lösungsansätze in den Gruppen der Arbeitslosen, der sozial benachteiligten alten Menschen, der Obdachlosen sowie im Hinblick auf HIV/Aids. Da die meisten Interventionsfelder für primäre Prävention, d. h. für Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Krankheitsursachen bzw. -risiken, außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, stellt sich hier vielfach die Notwendigkeit einer Kooperation in Bereichen und Institutionen jenseits des Gesundheitswesens. Hier kann es sich je nach Problemlage u. a. um Kommunen, die Bundesagentur für Arbeit, karitative Organisationen oder Institutionen bzw. Stellen handeln, die eine psychosoziale Betreuung anbieten. Nach den bisherigen Erfahrungen und Erkenntnissen sollten die Interventionen an den jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen, wobei dieser Ansatz bei Arbeitslosen und bei Wohnungslosen allerdings insofern an gewisse Grenzen stößt, als sich die Lebenslagen dieser Gruppen nur begrenzt in interventionsfähigen Settings bündeln. Tragfähigkeit und Entwicklungsperspekiven zeigen sich dagegen in koordinierten Modellprojekten in Schulen sowie in der Vernetzung und Qualitätssicherung mit gesundheitsbezogenen Sozialprojekten. Grundsätzliche Bedeutung für Durchführung und Qualitätssicherung zielführender Interventionen kommt der partizipativen Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen zu. Eine weitere Voraussetzung für eine effektive und effiziente primäre Prävention bilden die in Deutschland noch rückständige Zielbildung und eine damit verbundene Priorisierung. Im Unterschied zu anderen Gesundheitsprojekten kommt bei komplexen Präventionsprogrammen wegen deren schwer zu erfassenden und zu messenden gesundheitlichen Outcomes ein Nachweis der Wirksamkeit nicht in jedem Fall als Kriterium für ihre Berechtigung bzw. Förderungswürdigkeit in Frage. Auf der Basis des derzeitigen Wissensstandes sollten auch Projekte zum Zuge kommen können, wenn ein schlüssiges Wirkungsmodell und – zumindest partiell – eine empirische Evidenz vorliegt. Es bedarf jedoch immer einer Qualitätssicherung und einer adäquaten Dokumentation, um eine Informationsbasis für Bewertung und Lernprozesse auf- und auszubauen.

1.2 Die einzelnen Kapitel im kursorischen Überblick

1.2.1 Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

9. Die Frage nach dem effizienten und effektiven Einsatz der Potentiale unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssystem wird forciert durch eine Zunahme von Patienten mit chronischen und multimorbiden Leiden, veränderte Bedürfnisse und Bedarfe der Systemnutzer, gewandelte Versorgungsstrukturen, fortschreitende Spezialisierung, neue technische Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, Akademisierungsprozesse in unterschiedlichen Gesundheitsberufen und nicht zuletzt durch regionale Versorgungsengpässe. Dem Gesundheitswesen stellt sich die Aufgabe, auch in Zukunft hinreichend ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Nachwuchs für die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft zu rekrutieren.

4,3 Millionen Beschäftigte arbeiten im deutschen Gesundheitswesen. Ihre Leistungserbringung erfordert oft eine enge Kooperation mit Patienten, aber auch zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf. Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen Entwicklungen sowie den Veränderungen im Morbiditätsspektrum und hält den neuen strukturellen Anforderungen, insbesondere einer sektorübergreifenden Versorgung nicht stand. Der Prozess der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und der Pflege ist durch Rechtsunsicherheit gekennzeichnet und die interprofessionelle Standardisierung von

Arbeitsabläufen zu wenig ausgeprägt. Darüber hinaus bestehen eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung sowie Ausbildungsmängel. So werden die Gesundheitsberufe nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen vorbereitet.

10. Eine Anhörung der Berufsverbände durch den Rat zeigte, dass die bestehende Des-integration der Gesundheitsversorgung bereits von vielen Berufsgruppen selbst als nicht adäquate Situation erlebt wird. Gleichwohl löst die Diskussion um den Neuzuschnitt von Aufgaben im Gesundheitswesen bei den Berufsgruppen Konkurrenzgefühle und Vorbehalte aus. Der Rat empfiehlt deshalb, jede Veränderung der Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen an der Frage zu messen, ob sie zum Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Patienten beiträgt.

11. Die Veränderungen der Aufgabenverteilung und die stärkere Einbeziehung nicht- ärztlicher Gesundheitsberufe sollten in einem ‚Dreischritt' vollzogen werden: Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung der Aufgabenverteilung und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die umgehende Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.

12. Veränderungen sollten über einen Mix verschiedener Formen der stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe vollzogen werden. Bei Tätigkeiten, die das Versorgungsgeschehen bisher unzureichend abdeckt, z. B. im Bereich der Prävention, oder für neue, z. B. technikgestützte Aufgaben, empfiehlt es sich, verstärkt nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einzubeziehen. Bei der Übertragung der Prinzipien des Chronic Care Modells zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland können nicht-ärztliche Gesundheitsberufe z. B. für kommunikative, beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben intensiver eingesetzt werden.

13. Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben muss umgesetzt werden, wenn die Versorgung verbessert werden soll. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie die *advanced nursing practice* (z. B. *nurse practitioners*) ist dabei zu prüfen. In Zukunft sollte die Pflege eigenständig pflegerische Bedarfe einschätzen, Interventionen durchführen und die Resultate der pflegerischen Versorgung verantworten. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden. Darüber hinaus sind auch weitreichende Tätigkeitsübertragungen wie eine zeitlich begrenzte Möglichkeit von Verordnungen bestimmter Medikamentengruppen zu prüfen. Vorbehaltsaufgaben für einzelne nicht-ärztliche Heilberufe schaffen dagegen von neuem unflexible Strukturen. Poolkompetenzen, die jeweils einer Gruppe von entsprechend ausgebildeten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen, sind z .B. für eine Verteilung der Aufgaben in den Bereichen Case Management oder Prävention geeigneter.

14. Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen muss profiliert werden. Die Medizinischen Fakultäten sollten das Spektrum ihrer Professuren mit Lehr- und Forschungsaufgaben durch die Integration von Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und anderen Gesundheitsberufen erweitern. Der Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe sollte vereinheitlicht werden. Die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus innerhalb der einzelnen Gruppen nicht-ärztlicher Heilberufe müssen untereinander abgestimmt werden.

15. Zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung empfiehlt der Rat die Einführung von Berufsausweisen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Er berechtigt zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten und legitimiert, auf elektronische Patientendaten zuzugreifen. Somit bietet der Heilberufsausweis eine moderne Form der Zulassung, Registrierung und des Informationszugriffs und ist ein Schritt zur Etablierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe als autonome Dienstleistungsberufe mit anerkannten Kompetenzen und geregelter Selbstkontrolle.

1.2.2 Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven

16. Der Rat hat in seinem Jahresgutachten 2003 mehrere Vorschläge für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unterbreitet und der Gesetzgeber schuf zwischenzeitlich einen deutlich verbesserten Rechtsrahmen für eine erfolgversprechende integrierte Versorgung. Gleichwohl existiert an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungssektoren weiterhin ein beachtliches, nicht ausgeschöpftes Rationalisierungspotential, dessen Realisierung u. a. ein intensiverer Wettbewerb verspricht. Da die integrierte Versorgung ebenso wie der Wettbewerb keinen Selbstzweck darstellt, sondern ein Mittel zur Verwirklichung gesundheitlicher und ökonomischer Ziele, gilt es auch hier, bei den einzelnen Projekten die Effizienz und Effektivität bzw. das Verhältnis von Outcomes zu Ressourceneinsatz zu überprüfen. Die Projekte zur integrierten Versorgung greifen instrumental auf Elemente von Managed Care zurück, zu denen vor allem eine sektorübergreifende Koordination und Kooperation zwischen allen am gesundheitlichen Prozess der Leistungserstellung Beteiligten gehört. Managed Care umfasst neben indikationsübergreifenden, populationsbezogenen Versorgungsnetzen Disease Management, das sich auf Patientengruppen mit gleichartigen, zumeist chronischen Krankheiten bezieht, und Case Management, das sich auf einzelne komplizierte und kostenintensive Krankheitsfälle konzentriert. Verglichen mit den bestehenden Allokationsprozessen in der GKV bedingt Managed Care eine Zunahme der Wettbewerbsparameter von

Krankenkassen und Leistungserbringern und eine tendenzielle Verlagerung der Allokationsentscheidungen von der Makro- über die Meso- auf die Mikroebene.

17. Die integrierte Versorgung umfasst sowohl die integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d SGB V), als auch die Strukturverträge (§ 73a) sowie die Modellvorhaben (§§ 63 bis 65) und die strukturierten Behandlungsprogramme (§ 137f-g). Daneben eröffnete der Gesetzgeber den Krankenhäusern vielfältige Möglichkeiten, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Ein funktionsfähiger Wettbewerb, der rein sektorbezogene Betrachtungen überwindet, erfordert an den Schnittstellen der jeweiligen Sektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-)Qualitätsstandards und dieselbe Vergütung für gleiche Leistungen. Es bedürfen somit neben der Qualitätssicherung die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden sowie das Finanzierungssystem einer sektorübergreifenden einheitlichen Ausgestaltung. Hinsichtlich der Vergütung erfüllen insbesondere sektorübergreifende Finanzierungsvereinbarungen mit Komplexpauschalen die Intentionen einer integrierten Versorgung. Gleiche bzw. faire Wettbewerbschancen zwischen Krankenhäusern sowie diesen und den Vertragsärzten bedingen eine monistische Finanzierung. Zudem bietet es sich zur Förderung des (Qualitäts-)Wettbewerbs an, dass auch jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, die derzeit über keine Zulassung verfügen, aber die gewünschten Qualitätsforderungen erfüllen, im Rahmen der integrierten Versorgung mit den Krankenkassen kontrahieren können.

18. Innerhalb der integrierten Versorgung setzen vor allem die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme starke finanzielle Anreize zu Vertragsabschlüssen. Das Interesse der Vertragsparteien an den Modellvorhaben, die am stärksten dezentrale Suchprozesse anstreben und auch eine obligatorische Begleitforschung vorsehen, nahm daher ab. Eine Begleitforschung durch unabhängige Sachverständige bietet sich aber auch bei den integrierten Versorgungsformen zumindest bei strittigen oder aufwendigen Projekten an, um allgemein zugängliche Erfahrungen für künftige Lernprozesse zu generieren. Da die Finanzierung dieser Projekte aus den allgemein ambulanten sowie stationären Budgets und nicht über eine spezifische budgetäre Bereinigung erfolgt, besitzen auch die mitfinanzierenden Nicht-Vertragspartner ein berechtigtes Informationsinteresse an der Verwendung dieser Mittel.

19. Erfolgversprechende Projekte integrierter Versorgung tragen sowohl den Präferenzen von Versicherten und Patienten als auch den legitimen Interessen der Leistungserbringer Rechnung. So zeigen die Erfahrungen in der Schweiz, dass jene Managed Care Modelle für die Versicherten an Attraktivität gewannen, die es ihnen gestatteten, im Einzelfall gegen Zuzahlung auch einen netzexternen Leistungserbringer aufzusuchen. Bei den Vertragsärzten steigert eine frühzeitige Einbindung in die Projektgestaltung ihre Akzeptanz, welche nach internationalen Erfahrungen neben der ‚Netztreue' der Patienten eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von Projekten zur integrierten Versorgung darstellt.

20. Günstige Bedingungen für eine sektorübergreifende Optimierung der gesundheitlichen Leistungserstellung liegen am ehesten bei einer Versorgungseinheit vor, die über ein umfassendes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen verfügt und für bestimmte Leistungsbündel eine Komplexpauschale erhält. Die unternehmerische Zielsetzung legt in einem solchen Falle eine effiziente Leistungserstellung nahe, es bedarf hinsichtlich der Qualität allerdings noch einer externen Kontrolle. Dabei bietet sich für ein solches populationsbezogenes Versorgungsnetz eine Konzentration des Tätigkeitsfeldes auf eine Region an. Die Bildung solch umfassender Versorgungsnetze wie auch erweiterte Möglichkeiten selektiven Kontrahierens begünstigen tendenziell sowohl bei den Leistungsanbietern als auch bei den Krankenkassen Konzen-trationsprozesse. Ausgehend von den bestehenden deutschen Strukturen können diese Prozesse einerseits die Effizienz und Effektivität der Leistungserstellung fördern, andererseits fällt, was negative amerikanische Erfahrungen belegen, der wettbe-werblichen Aufsicht dann eine bedeutsame Kontrollfunktion zu.

1.2.3 Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung

21. Das in Artikel 20 des Grundgesetzes verankerte Sozialstaatsprinzip ist die Basis der unverrückbaren Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Die beklagten Überkapazitäten und Investitionsdefizite legen jedoch den Schluss nahe, dass eine zielorientierte Steuerung des Krankenhauswesens bisher nur unzureichend gelungen ist. Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, dass zum Ende des Jahres 2008 der ordnungspolitische Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen neu gestaltet werden soll. Dies nimmt der Rat zum Anlass, sich erneut mit dem Krankenhauswesens auseinanderzusetzen.

22. An die Stelle einer detaillierten Angebotsplanung und –finanzierung im Rahmen der Einzel- und Pauschalförderung durch die Länder soll eine Krankenhaus-Rahmenplanung treten, die den Krankenhäusern weitgehende Autonomie gestattet. Dies würde ihnen die Möglichkeiten eröffnen, ihre Kapazitäten besser an den regionalen Bedarf anzupassen und damit auch Überkapazitäten zügiger abzubauen. Ein Übergang zur monistischen Finanzierung würde sie zudem in die Lage versetzen, über eine gezielte Investitionspolitik sich vor Ort abzeichnende Marktchancen (schneller) zu ergreifen. Das primäre Ziel des Angebotsmonitoring durch die Bundesländer muss es sein, Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu vermeiden, wobei eine Krankenhaus-Rahmenplanung folgende drei Elemente umfassen sollte:

– Die Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung der Versicherten in gesetzlichen Krankenkassen: Die Bundesländer haben nur noch die Aufgabe sicherzustellen, dass das Krankenhaus in der Lage ist, stationäre Leistungen mit ausreichender Qualität und insbe-

sondere Sicherheit zu erbringen. Gleichzeitig kann die Zulassung an Vorgaben geknüpft werden, die dazu beitragen, dass die Länder auch in Zukunft einen gestalterischen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen ausüben können – beispielsweise durch Offenlegungspflichten.

– Das Monitoring der Versorgungsstrukturen bezüglich der Kapazitäten, des Zugangs und der Qualität der erbrachten Leistungen: Der Rat empfiehlt weiterhin funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen. Es darf der richtige Zeitpunkt für eine Gegensteuerung nicht verpasst werden, wenn die Gefahr besteht, dass die Bettenzahlen in Deutschland in einigen Regionen möglicherweise zu schnell oder zu weit absinken. Der Rat empfiehlt den speziellen Indikator ‚Zugang zu Gesundheitsleistungen' als ein zukünftiges Element der Krankenhaus-Rahmenplanung. International werden Zugangsindikatoren (z. B. Tracer-Diagnosen, Entfernungsparameter) ebenso wie area-Indikatoren für Qualität bereits verwendet.

– Die Regulation und Sicherung der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Falle einer Unterversorgung durch die zügige Gewährung von Sicherstellungszuschlägen durch die Krankenkassen bzw. eine Defizitfinanzierung durch staatliche Gebietskörperschaften.

Die Länder sollten für den Fall, dass der Träger seinen Pflichten nicht nachkommt, über Sanktionsmöglichkeiten verfügen, um zentrale Elemente des Krankenhaus-Rahmenplans, insbesondere in der Notfallversorgung einschließlich des Rettungswesens, durchsetzen zu können. Die Sanktionen reichen von einfachen Bußgeldern bis hin zum Entzug der Zulassung bzw. der Ausübung des Heimfallrechts, wenn fundamentale Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben wiederholt missachtet werden.

23. Mit Hilfe der öffentlichen Förderung der Investitionskosten von Krankenhäusern ist es wiederholt gelungen, einen Investitionsstau zu überwinden und Krankenhäuser dem aktuellen Stand der medizinisch-technischen Möglichkeiten anzupassen. Die ‚duale Finanzierung' bedingt allerdings eine externe Bürokratisierung der Investitionsentscheidungen von Krankenhausträgern und hat in Verbindung mit der Krankenhausplanung der Länder auch zur vielbeklagten Abschottung der Sektoren beigetragen. Die Länder ziehen sich überdies immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück, wodurch sich faktisch die Krankenhausfinanzierung schleichend zu einer Monistik entwickelt.

Die Gefahr einer schleichenden Monistik ohne entsprechenden gesetzlichen Rahmen liegt darin, dass die Krankenkassen sich nicht verantwortlich fühlen und die Bundesländer nicht mehr fähig oder willens sind, die vorhandene Krankenhauslandschaft mit ausreichend Investitionskapital auszustatten. Daher spricht sich der Rat erneut dafür aus, zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung überzugehen. Ein Investitionskostenaufschlag bei der DRG-Kalkulation dient einer verlässlichen Investitionskostenförderung, die zugleich zielgerichtete Anreize entfaltet.

24. Die Einführung eines neuen, umfassenden Vergütungssystems stellte die zuständigen Akteure vor große Herausforderungen. Insgesamt hat sich das System in den wenigen Jahren seit seiner Einführung zu einem auf die deutsche Versorgungssituation angepassten, eigenständigen Fallpauschalensystem entwickelt. Neben den positiven Seiten zeigen sich bei der Entwicklung des deutschen Fallpauschalensystem aber auch problematische Tendenzen: Hierzu zählt insbesondere die stark gestiegene Zahl der Zusatzentgelte. Diese vermindern die Abdeckungsquote des Systems, bieten ein Einfallstor für die Einzelleistungsvergütung bzw. Selbstkostendeckung in das pauschalierende System und setzen so erhebliche Anreize zur Mengenausweitung. Ferner dokumentiert das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System" (WAMP), in dem Ärzte und Pflegepersonen sowie Patienten zur Einführung der Fallpauschalen befragt werden, auch massive Befürchtungen bezüglich der Auswirkungen der G-DRGs auf die Arbeitssituation im Krankenhaus und die Qualität der Versorgung. Dennoch kann festgehalten werden, dass sich die Zielparameter der Reform – Verweildauerverkürzung, Stärkung von Transparenz sowie Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung – positiv entwickelt haben. Ob dies auch für die Qualität der erbrachten Leistungen bzw. die Realisierung der gesundheitliche Outcomes gilt, bleibt angesichts bisher fehlender Evidenz offen.

Ausgehend von der aktuellen Gestaltung des Fallpauschalensystems spricht sich der Rat dafür aus, das G-DRG-System zunächst als Festpreissystem weiterzuentwickeln und partiell auch für den Preiswettbewerb zu öffnen (partielle Höchstpreislösung). Für den Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser sollte es zunächst bei einem Festpreissystem auf Basis des Landesbasisfallwerts bleiben, ebenso wie bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang. Ein Höchstpreissystem, das auf selektiven Verträgen zwischen den Finanzierungsträgern und den Krankenhäusern basiert, soll zunächst lediglich für Bereiche der elektiven Krankenhausleistungen implementiert werden. Ein erster Ausgangspunkt für das, auf der individuellen Ebene zu verhandelnde elektive Leistungsspektrum können dabei die elektiven Leistungen des Fallpauschalenkatalogs der Bundespflegesatzverordnung 1995 sein. Sofern die unverzüglich notwendige, unabhängige Begleitforschung zeigt, dass sich das Höchstpreissystem für elektive Leistungen bewährt, soll es auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt werden. Andernfalls muss gegengesteuert werden. Dabei ist aufgrund des spezifischen Charakters der Notfallleistungen davon auszugehen, dass diese Leistungen auch mittelfristig nicht sinnvoll in den Rahmen selektiver Verträge übernommen werden können, so dass es hier bei einem kollektivvertraglichen Rahmen bleiben wird.

25. Außerdem spricht sich der Rat dafür aus, Wettbewerbsnachteile von Krankenhäusern durch Weiterbildung von Ärzten durch eine Fondslösung auszugleichen. Es be-

steht im Rahmen eines Höchstpreissystems ein Anreiz zur Mengenausweitung, gegen die das Instrument der Zweitmeinung zum Einsatz kommen könnte. Solche Zweitmeinungen dürfen weder einem kassenseitigen Bias noch dem der allzu nahen Kollegialität ausgesetzt werden. Zunächst sollte für wenige besonders kritische Beispiele erprobt werden, ob gemischt zusammengesetzte Kommissionen – analog zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern – eine solche Aufgabe zufriedenstellend lösen können.

1.2.4 Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung

26. Qualität und Patientensicherheit stellen wichtige Elemente des Nutzens dar. Das Konzept des Nettonutzens, basierend auf der absoluten Wirksamkeit (*efficacy*) und zentral für das Verständnis des objektiven Bedarfs, wird durch den Begriff der Angemessenheit ergänzt, der jenseits der *efficacy* Effizienz und Präferenzen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene beschreibt. Wirksamkeit und Angemessenheit bilden notwendige Bedingungen für Allokationsentscheidungen, wobei Wirksamkeit der Angemessenheit übergeordnet ist – Leistungen, die zwar angemessen erscheinen, deren Wirksamkeitsnachweis jedoch aussteht, erhalten keine hohe Priorität.

27. Zur konkreten, möglichst quantifizierbaren Darstellung des Nutzens, der aus einer Veränderung von Qualität und Patientensicherheit resultiert, dienen entsprechende Indikatoren. Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) sind durch hohe Sensitivität, kurze Reaktionszeiten und Regelgebundenheit von allgemeinen Qualitätsindikatoren abzugrenzen. Es werden aus der Literatur 30 PSI wie z. B. die Mortalität bei *low grade* DRG oder die Hüftfraktur im Krankenhaus herausgearbeitet, die in Deutschland anwendbar sind und in die Diskussion der unabhängigen Institution nach § 137a SGB V Eingang finden sollten. Eine spezielle Bedeutung kommt den Indikatoren zur Arzneimittelsicherheit (Medikation bei älteren Patienten, kontrastmittelassoziierte Nephropathie) zu, da unerwünschte Arzneimittelereignisse und Medikationsfehler zu den häufigsten Problemen gehören. Daher sollte die bisher übliche und gesetzlich verankerte Regulation über die Entdeckung und Bewertung von unerwünschten Ereignissen in der stationären und ambulanten Arzneimittelanwendung erweitert werden, um für erkannte Probleme Lösungen für eine verbesserte Arzneimittelsicherheit und Qualität zu finden, die den Patienten zugute kommen. Diesem Zweck dient auch die Festlegung von evaluierten Indikatoren.

28. Die aktuelle Diskussion um den Nutzen von Leistungen, um Patientensicherheit und um Anreize zur Verbesserung der Qualität greift auf das Konzept der Verantwortlichkeit (*accountability*) zurück. Dieses Konzept beschreibt die Verpflichtung der Institutionen und der Berufsgruppenangehörigen im Gesundheitswesen zur Patientenorientierung, zur Wissenschafts- und Evidenzbasierung, zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bzw. Patientensicherheit und zur Leitlinien- sowie Effizienzorientierung und wird im Führungsverständnis der *clinical governance* zusammenfassend dargestellt.

29. Der Rat empfiehlt auf diesem Hintergrund, Qualitätsverbesserungen durch die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten (Krankenhäuser) und die Entwicklung von finanziellen Anreizsystemen in Form einer Qualitäts-bezogenen Vergütung (ambulante und stationäre Versorgung) zu fördern. In einer ausführlichen Darstellung der internationalen Literatur wird nachgewiesen, dass Krankenhäuser in Qualitätsmanagement investieren und es zu einer Verbesserung der Ergebnisse kommt, wenn Daten über risikoadjustierte Outcomes in verständlicher Form öffentlich dargestellt und diskutiert werden. Die gegenwärtige Diskussion zur Weiterentwicklung des Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V ist daher zu unterstützen. Es muss sichergestellt sein, dass die verwendeten Indikatoren die gesamte Versorgungskette abbilden, sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität umfassen, sich auf Routine-, aber auch klinische Daten stützen, Fehlanreize ausschließen (Risikoadjustierung) und eine Manipulation erschweren.

30. Noch eindrücklicher sind die Ergebnisse einer systematischen Darstellung der internationalen Literatur zur Qualitäts-bezogenen Vergütung (P4P). Sie zeigen, dass es zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität kommt, wenn bei der Implementierung entsprechender Programme bestimmte Rahmenbedingungen eingehalten werden. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören neben den o. g. Eigenschaften von Indikatoren vor allem die Einbeziehung von Ärzten und anderen Berufsgruppen bei der Erstellung und Einführung der Programme, die Berücksichtigung der durch die Dokumentation zusätzlich entstehenden Kosten und die adäquate organisatorische und EDV-technische Umsetzung. Es sollten in erster Linie Organisationen und Praxisnetze einbezogen werden, da die institutionelle Zusammenarbeit ein wichtiger Zielparameter ist. Auch können populationsbezogene Ziele (z. B. Impfstatus) erfolgreich adressiert werden. Besondere Beachtung verdienen unerwünschte Effekte, so z. B. die Unterversorgung von Patientengruppen, die in P4P-Programmen nicht genügend berücksichtigt werden. Sowohl die Veröffentlichung von Qualitätsdaten als auch die Qualitäts-bezogene Vergütung bedürfen einer engmaschigen und intensiven wissenschaftlichen Evaluation, eine vordringliche Aufgabe der Versorgungsforschung. Dies gilt ebenso für die Begleitung und Veränderung von Indikatoren für die Patientensicherheit. Diese müssen von Zeit zu Zeit variiert werden, damit das Versorgungssystem sich nicht dauerhaft auf die gleichen Kriterien einstellen kann und dadurch möglicherweise in seiner Aufmerksamkeit für solche Indikatoren erstarrt. Zudem verlangt die Entwicklung und der Fortschritt des medizinischen Angebotes schon aus praktischen Gründen eine an die Realität der Versorgung angepasste Indikatorendefinition. Die Dynamik des Systems muss sich in der Dynamik des Indikatorensatzes widerspiegeln.

1.2.5 Primärprävention in vulnerablen Gruppen

31. Präventionspolitik sollte auch weiterhin dem bereits im § 20 SGB V niedergelegten Doppelkriterium genügen, (1) den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und (2) dabei insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit zu leisten. Diese Forderung findet ihre Begründung im unstrittigen sozialepidemiologischen Befund des Zusammenhangs zwischen sozialen Status und Gesundheitszustand. Das Merkmal ‚niedriger sozialer Status' umreißt keine operationalisierbare Zielgruppe sondern Lebenslagen, die durch besonders beengte Handlungsspielräume und prekäre gesellschaftliche Teilhabe (sowohl formelle Teilhabe als auch Zugang zu persönlichen Netzwerken) gekennzeichnet sind. Diese stehen einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zumeist entgegen. Der Schwerpunkt erfolgversprechender Interventionen liegt im nicht-medizinischen Bereich.

32. Mit primärpräventiven Interventionen kann zumindest ein Teil der aus der Lebenslage resultierenden Gesundheitsbelastungen kompensiert werden. Aus methodischen Gründen ist dabei eine direkte Messung der gesundheitlichen Wirkungen meist nicht möglich. Eine Intervention gilt dann als förderungswürdig, wenn für die Wirksamkeit ein theoretisches schlüssiges Modell vorliegt, das zumindest in Teilen auch empirisch bestätigt ist. Die besten Voraussetzungen hierfür bieten Settings wie Betriebe und Schulen – mit klarer Mitgliedschaft, akzeptierten Regeln und zumindest Ansätzen einer Präventionskultur. Solche Voraussetzungen sind aber keineswegs für alle vulnerablen Gruppen gegeben. Das Gutachten beschreibt die gesundheitliche Lage, die präventive Praxis und ihre Verbesserungsmöglichkeiten exemplarisch für drei dieser Gruppen: Arbeitslose, Obdachlose, sozial benachteiligte ältere Menschen.

33. Arbeitslosigkeit geht auch gesundheitlich mit gravierenden Problemen einher. Der Rat begrüßt die wenigen Projekte zur ‚Primärprävention bei Arbeitslosen', die sich in unterschiedlicher Mischung mit Beratung, Training und Vernetzung v. a . der Förderung unspezifischer Bewältigungsmöglichkeiten widmen. Solche Projekte sollten vermehrt und sorgfältig in ihrer Qualität gesichert und dokumentiert werden, um über die Bildung von *models of good practice* zu sichereren Befunden hinsichtlich der Wirksamkeit zu kommen. Präventionsmöglichkeiten finden sich auch im Bereich der Bundesagentur für Arbeit (BA). Voraussetzungen der Nutzung dieser Möglichkeiten sind die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Vermehrung von sozialmedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Kompetenzen in den Agenturen. Daraus folgt, dass bei der geplanten gesetzlichen Neuregelung der Prävention dieser Versicherungszweig einbezogen werden sollte.

34. Die Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligter Älterer sind von großer Bedeutung für eine nachhaltige Präventionspolitik, die auf die demografische Herausforderungen zu antworten sucht und deshalb einen Beitrag für die Lebensqualität, für den Erhalt der Selbstständigkeit und Autonomie – und damit auch für die Gesundheit – dieser Gruppen leisten will. Die Lebenslage dieser Gruppen legen den Stadtteil bzw. die Wohnumgebung als Interventionsfeld nahe. Eine Reihe von unterstützenswerten Kommunen und Projekten verbinden dabei meist Angebote der generations- bzw. kulturübergreifenden Kommunikation mit ehrenamtlichen Aufgaben und der Unterstützung beim Zugang zu Leistungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung. Auch hier empfiehlt der Rat eine vermehrte und nachhaltige Förderung unter der Maßgabe angemessener Qualitätssicherung und Dokumentation.

35. Wohnungslose sind deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung von physischen oder psychischen Beeinträchtigungen einschließlich Suchtkrankheiten betroffen. Sie bilden kaum interventionsfähige Settings. Interventionen beziehen sich auf das Angebot von Unterkunft und materiellen Hilfen, verbunden mit gesundheitlicher Beratung, Gruppenbildung, Unterstützung beim Zugang zu Diagnose und Therapie von Krankheiten sowie zu sozialen Dienstleistungen und zu bezahlter Arbeit. Eine stärkere Vernetzung gesundheitlicher Angebote mit der Wohnungslosenhilfe und weiteren Institutionen könnte Zugänge erleichtern und die Wirksamkeit erhöhen. Von hoher Bedeutung auch für die Gesundheit von Obdachlosen wäre die Umsetzung von Maßnahmen aus dem ‚Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung.' Insgesamt sieht der Rat im Hinblick auf diese keineswegs homogene Gruppe weiteren gesundheitswissenschaftlichen Forschungs- und Handlungsbedarf.

36. Das Modell der HIV/Aids-Prävention beruht auf abgestimmter Arbeitsteilung zwischen staatlichen Stellen und Nichtregierungsorganisationen, auf Partizipation der betroffenen Gruppen und Freiwilligkeit. Es besteht aus dem konzertierten Zusammenwirken von massenmedial vermittelten Botschaften, zahlreichen dezentralen Aktionen in den Lebenswelten der Zielgruppen und persönlicher Beratung. Es gilt aufgrund der seit ca. 20 Jahren anhaltenden Erfolge v. a. in den hauptsächlich betroffenen Gruppen als Musterbeispiel einer gelungenen multimodalen Mehrebenenkampagne (GA 2000/2001, III). Dem Anstieg der Anzahl der Neuinfektionen in den letzten zwei Jahren sollte durch Anpassungen des Modells begegnet werden. Hierzu zählen die Anpassung der Präventionsbotschaften an die dramatisch verbesserten Möglichkeiten medikamentöser Behandlung von Aids, die Berücksichtigung der zunehmenden Individualisierung des Risikomanagements sowie die Entstehung und Dynamik neuer Szenen und (v. a. elektronischer) Medien der Anbahnung sexueller Begegnungen. Ansätze v. a. partizipativ-dialogischer Qualitätssicherung mit regionalen Aids-Hilfen zeigen auf erhebliche Entwicklungspotentiale. Koordination und Monitoring der Aids-Aktivitäten auf nationaler Ebene sind verbesserungsbedürftig.

Generell gelten in der Primärprävention bei aller Vielfalt fünf Kriterien als Voraussetzung für Wirksamkeit: (1) Senkung von gesundheitlichen Belastungen, Vermehrung

gesundheitlicher Ressourcen; (2) Interventionen im Hinblick auf krankheitsspezifische und unspezifische Belastungen und Ressourcen; (3) Interventionen in den jeweiligen Lebenswelten (Settings) der Zielgruppen; (4) Partizipation als Schlüsselgröße erfolgreicher Prävention; (5) gegenstandsangemessene Qualitätssicherung und Dokumentation.

37. Im Hinblick auf Bildung von Zielen und Prioritäten der Prävention befindet sich Deutschland gegenüber anderen Ländern der EU deutlich im Rückstand. Gleichwohl finden sich auch hierzulande einige größere koordinierte Ansätze der Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Hervorzuheben ist z. B. der von den Spitzenverbänden der GKV geförderte Modellversuch ‚gesund leben lernen', mit dem in ca. 60 Bildungseinrichtungen mit hohem Anteil sozial benachteiligter Schüler Primärprävention als partizipative Organisationsentwicklung qualitätsgesichert betrieben und dokumentiert wird. Die BZgA organisiert zusammen mit Nichtregierungsorganisationen die Vernetzung und Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Sozialprojekte mithilfe von kleinen Regionalbüros in allen Bundesländern und der Bildung und Verbreitung von *models of good practice*. Diese Aktivitäten erscheinen dem Rat als richtungweisend.

Zur Verbesserung der Treffsicherheit, Qualität und Wirkungsmessung Erfolg versprechender Ansätze hält der Rat eine auf vulnerable Gruppen gezielte Vermehrung der Forschungsförderung für erforderlich.

38. Im Hinblick auf die im Koalitionsvertrag (wieder) anstehende Gesetzgebung zur nicht-medizinischen Primärprävention empfiehlt der Rat, an folgenden Eckpunkten aus dem 2005 gescheiterten Gesetzentwurf festzuhalten:

– Zielsetzung der Verbesserung des Gesundheitszustandes insgesamt mit besonderen Schwerpunkt auf dem Abbau sozial und durch Geschlecht bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Diese Zielsetzung sollte in einem transparenten und öffentlichen Prozess spezifiziert werden.

– Regelung des Beitrags aller Sozialversicherungszweige und des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch klare Kooperations- und Finanzbeziehungen sowie partizipative Entscheidungsstrukturen auf allen Ebenen.

– Verpflichtung auf Qualitätssicherung und Dokumentation sowie Zusammenführung dieser Daten und Befunde.

– Die Absicherung eines hohen Anteils Lebenswelt-bezogener Projekte und die Förderung von multimodalen Mehrebenenkampagnen.

– Ein im Vergleich zu den Ausgaben für Krankenversorgung minimale Volumen von ca. 250 Mio. Euro pro Jahr für die nichtmedizinische Primärprävention hält der Rat für den Anfang für knapp ausreichend.

1.3 Mehr gesundheitliche Orientierung durch wissenschaftliche Expertise – Vorschläge des Rates und ihre Umsetzung

39. Der Sachverständigenrat hat wiederholt Analysen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen gemacht sowie dafür Optionen aufgezeigt und Empfehlungen gegeben. Schon früh beklagte er die Verkümmerung der Gesundheitspolitik zur reinen Kostendämpfung, ebenso die Überbetonung der Ausgabenebene (SG 1996; GA 2000/2001, Ziffer 97ff.). Der politische öffentliche Diskurs über explizite Gesundheitsziele komme dagegen auch im Vergleich zur mehr als 25-jährigen Kostendämpfungsdebatte zu kurz. Ein Mehr an gesundheitlicher Orientierung wurde wiederholt empfohlen.

Der Rat ist seinem im § 142 SGB V formulierten gesetzlichen Auftrag, „unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln und Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen", in jedem seiner Gutachten nachgekommen. Im Laufe der Jahre sind einige seiner Empfehlungen teilweise, manchmal sogar überraschend schnell aufgegriffen und umgesetzt worden. Andere Ergebnisse der Arbeit des Rates trafen auf weniger Akzeptanz. An letztere soll hier vor allem erinnert werden, da sie Beiträge zur Verbesserung von Struktur und Qualität der Versorgung von Kranken, sowie zu Prävention und Gesundheitsförderung leisten können.

1.3.1 Gesundheitsziele

40. Dem deutschen Gesundheitswesen bescheinigte der Rat einen flächendeckenden hohen Versorgungsstandard; dessen ungeachtet bieten noch existierende Beispiele von Über-, Unter- und Fehlversorgung beachtliche Potentiale zur Steigerung von Effizienz und Effektivität (GA 2005, Ziffer 1). Eine stärkere gesundheitliche Orientierung hatte der Rat bereits 1995 gefordert (SG 1995, Ziffer 2). Zugleich kritisierte er, dass das Ziel der Beitragssatzstabilität im Vergleich zur Ergebnisorientierung überbetont sei (ebd., Ziffer 6). Seinerzeit wurde neben den Aufgabenbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Qualitätssicherung folgender relevanter Handlungs- bzw. Reformbedarf gesehen (Zitat):

– „Verbesserung der Patientenorientierung und der Partizipationsmöglichkeiten,

– Stärkung der Eigenverantwortung auch im Sinne der Solidarität gegenüber der Versichertengemeinschaft,

– Erprobung neuer Versorgungs- und Vergütungsformen,

– zielorientierte Integration der ambulanten und stationären Krankenversorgung,

– zielorientierte Versorgung von Pflegefällen in entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen,

- effizientere und effektivere organische Kooperationen zwischen GKV und GRV im Bereich der Rehabilitation,
- Sicherung einer erfolgreichen Gesundheitsforschung auf internationalem Stand und
- Dokumentation und Transparenz des Leistungsgeschehens einschließlich der Gesundheitsberichterstattung“.

Aus heutiger Sicht lässt sich wohl feststellen, dass diese (Unter-)Ziele inzwischen keineswegs alle voll erreicht wurden. Das gilt auch für den empfohlenen zügigen Aufbau einer ergebnisorientierten Berichterstattung seitens der GKV (SG 1995, Ziffer 124).

41. Bereits 1994 hatte der Rat die Definition von Gesundheitszielen als vorrangig vor der Allokation von Mitteln gesehen. Die seinerzeit gegebene Präzisierung von Gesundheitszielen, einschließlich nicht primär gesundheitsbezogener gesellschaftlicher Ziele kann wohl als nahezu unverändert gültig gesehen werden (SB 1994, Ziffer 30). In der Zusammenfassung finden sich unter 14 expliziten Zielen die folgenden (SG 1995, Ziffer 9*ff.):

- gleicher Zugang zu einer „erforderlichen Krankenversorgung“ mit breit verfügbarer Qualität,
- Höchstmaß an Freiheit und Eigenverantwortung für alle Beteiligten,
- Verminderung von sozialen Unterschieden in Mortalität und Morbidität,
- Förderung der Gesundheit heranwachsender Generationen und
- Erhaltung der selbstständigen Lebensführung (Autarkie) älterer Menschen.

42. Die Diskussion über Gesundheitsziele wurde vor allem in Nordrhein-Westfalen (Proklamierung von zehn vorrangigen Gesundheitszielen durch die Landesgesundheitskonferenz 1995) und in der GVG (Forum Gesundheitsziele Deutschland) geführt (vgl. SG 1997, GA 2000/2001, I, Ziffer 66ff., www.gesundheitsziele.de). Jedoch lässt sich nicht erkennen, dass diese Diskussion den ihr zugedachten prägenden Einfluss auf die aktuelle Gesundheitspolitik ausgeübt hätte

Fazit: Es fehlt in Deutschland nach wie vor an einer hinreichenden Zielorientierung in der Gesundheitspolitik.

1.3.2 Prävention und Gesundheitsförderung

43. Bekanntlich warten wir immer noch auf ein Präventionsgesetz. Der Rat hat wiederholt Gesundheitsförderung und Prävention thematisiert. Er stellte die Kriterien im Sinne von „Voraussetzungen für eine der gesamten Bevölkerung oder einer Risikogruppe zu empfehlende Prophylaxe (Prävention)“ dar (SB 1994, Ziffer 235). Ferner wurde eine Liste von Handlungsfeldern erstellt (ebd., Tabelle 27). Schon 1995 formulierte der Rat, dass sowohl aus allokativen Gründen (Kosten/Nutzen Relation) als auch unter distributiven Aspekten vornehmlich auf Risikogruppen abgestellt werden sollte (SG 1995, Ziffer 13). Auch wurde die Priorisierung von Präventionsmaßnahmen, die Auswahl Erfolg versprechender Ansatzpunkte einschließlich des Settings, die Finanzierung durch Steuern, der Einsatz von Anreizen für eine vermehrte individuelle Verantwortung (Bonussystem), das Monitoring und die Thematisierung im Biologie-Unterricht der Schulen empfohlen (SG 1995, Ziffer 139f, 142, 146, 150 und 159f.). Hier bleibt noch viel zu tun.

44. Das Sondergutachten 1996 brachte als Schwerpunkt die Präventionsansätze im Alter mit dem Ziel des gesunden Altwerdens (SG 1996, Ziffer 141ff., 148, 152, 159, 163, 171, 177, 186, 191 und 212ff.). Im Gutachten 2000/2001 widmete der Rat ein Kapitel der „Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention“ (GA 2000/2001, I, Ziffer 109ff.). Neben der Darstellung des salutogenetischen Modells (Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale) und der Empfehlung zahlreicher spezifischer Maßnahmen wurden der lebensphasenspezifische Zugang (Impfung, Impfmüdigkeit), die Mundgesundheit und wiederum die Handlungsfelder im Alter besonders bearbeitet. Auch die Notwendigkeit von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention fand hier eine eingehende Darstellung und zwar einschließlich einer Priorisierung von Maßnahmen gemäß den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin.

Notabene: Die Erhöhung von Tabak- und Alkoholsteuer wurde wiederholt empfohlen (SB 1994, Ziffer 622; GA 2000/2001, I, Ziffer 120). Auf den Zusammenhang von Armut und Gesundheit wies der Rat ebenso hin wie auf das Setting Schule (GA 2000/2001, I, Ziffer 122f.). Dabei listete er etablierte Themenfelder und Angebote auf (ebd., Tabelle 13). Ausländische gute Erfahrungen mit Kampagnen, z. B. zur Senkung der Mortalitätsrate kardiovaskulärer Erkrankungen in Finnland und die Ziele des britischen Programms *„Saving Lives: Our Healthier Nation“* wurden dargestellt (ebd., Ziffer 135 und 138). Die besonderen Hoffnungen, die sich seinerzeit an die Neuformulierung des § 20 im SGB V richteten, sind bisher wohl insgesamt eher enttäuscht worden (ebd., Ziffer 128).

45. 2003 widmete der Rat ein Kapitel dem Thema „Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation“ (GA 2003, II-5). Schwerpunkt bildete erneut die Gesundheitsförderung im Setting Schule einschließlich der Bestimmung ihrer Wirksamkeit. Das Kapitel wurde mit dem Beitrag der Prävention in der Pflege ergänzt. Schließlich hat der Rat 2005 Prävention und Gesundheitsförderung unter dem Gesichtswinkel der gesundheitlichen Chancengleichheit beleuchtet (GA 2005, I, Ziffer 151ff.). Er nannte Zielgruppen, Ansatzpunkte und Methoden solcher Interventionen. (ebd., Abb. 10 und Abb. 11). Die jeweilige Lebenswelt und damit die Rahmenbedingungen des Verhaltens sollten in die Planung und Durchführung von Interventionen eingehen. Noch einmal wurden ökonomische Anreize in der Primärprävention diskutiert (Tabaksteuer, Alkoholsteuer). In diesem Jahr wird die Prävention insbesondere im Hinblick auf benachteiligte Gruppen dargestellt (Kapitel 6).

Zusammenfassend wird deutlich, dass trotz einiger Ansätze das Feld von Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich seiner Potentiale in Deutschland keineswegs erschöpft ist. Es besteht dringender Handlungsbedarf.

1.3.3 Eigenverantwortung und Partizipation

46. Der Rat machte 1994 einen ersten Versuch, Gesundheitsabgaben als zusätzliches Instrument der Verhaltenssteuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen zu diskutieren (SB 1994, Ziffer 622). Hier ging es zunächst um die Frage, ob ungesundes und riskantes Verhalten durch diese Abgaben belastet oder gesundheitsförderndes und risikoarmes Verhalten durch finanzielle Anreize relativ belohnt werden sollten. Tabak und Alkohol wurden angesprochen (ebd., Ziffer 628 und 633 ff.). Ein Jahr später war zu lesen: „Als Anreiz für eine aktive Unterstützung für die Durchführung von ambulanten Rehabilitationskuren sollten Versicherte, die … aktiv mitwirken, einen erhöhten Kassenzuschuss erhalten“ (SG 1995, Ziffer 290). Der ‚passive Konsum‘ von Kurmaßnahmen zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens ohne konkretes Rehabilitationsziel sollte von der Solidargemeinschaft nicht mehr mitgetragen werden. Ein derartiger Kuraufenthalt sollte anteilig auf den Jahresurlaub angerechnet werden. Solche Vorschläge lagen damals zwar nicht im politischen Trend, führen aber, in das Problem der Steigerung von „Eigenverantwortung“ ein.

Ferner wurde eine Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz durch Aufklärung und durch finanzielle Anreize gefordert (ebd., Ziffer 63*ff.). Unter anderem findet sich hier der Hinweis, dass Anreize zur Erhaltung des Idealgewichts geschaffen werden sollten, z. B. ein Beitragsbonus bei Einhaltung des Idealgewichts bzw. bei Abweichung innerhalb bestimmter Grenzen. Solche Vorschläge sind angesichts der zunehmenden Häufigkeit des Übergewichts in unserem Lande nicht trivial (ebd, Ziffer 470ff.). Dies gilt auch für die Forderung, dass das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zu stärken sei und dass die Gesundheitserziehung vermehrt Eingang in die Schulen gewinnen sollte.

47. Unter Partizipation ist die Mitwirkung des aufgeklärten Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung zu verstehen (GA 2000/2001, Ziffer 296ff.). Der Rat anerkannte in Kompetenz und Partizipation Schlüsselqualifikationen des Nutzers für eine optimale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und zur Steuerung der Versorgung (ebd., Ziffer 298). Aus heutiger Sicht wird diese Funktion umso wichtiger, als der zunehmende Wettbewerb an eine durch wirtschaftlichen Druck wachsende Gefahr denken lässt: Die Strenge der Indikationsstellung könnte aufgeweicht und letztere ausgeweitet werden. Die Angemessenheit der Indikationsstellung muss daher wachsam hinterfragt werden, auch durch den aufgeklärten Patienten.

Partizipation auf der Makroebene wurde zumindest im gemeinsamen Bundesausschuss inzwischen z. T. verwirklicht (ebd., I, Ziffer 364). Auf der Mikroebene, also bei der medizinischen Entscheidungsfindung im Einzelfall, gibt es weiteren Entwicklungsbedarf (ebd., Tabelle 27 und 28). Der Rat verkannte mögliche Gefahren bei der Eröffnung von Partizipationsmöglichkeiten (z. B. Manipulation durch Interessenvertreter) nicht (ebd., Ziffer 371). Angesichts der aus heutiger Sicht möglicherweise übergewichtigen Dominanz der evidenzbasierten Medizin im Spannungsdreieck der medizinischen Entscheidungsfindung zwischen den drei Komponenten externe Evidenz, ärztliche Erfahrung und Patientenpräferenz wird letztere aber von Transparenz und Partizipationsmöglichkeiten profitieren (GA 2000/2001, II, Ziffer 163).

48. Der Rat nahm 2003 das Thema der Nutzerorientierung und Partizipation wieder auf (GA 2003, Ziffer 211ff.). Vielleicht ist der obligatorische Leistungsbericht als Instrument der Nutzerinformation einer der zukünftig wichtigsten Vorschläge des Rates, wie er inzwischen ja auch Eingang in den § 137 SGB V gefunden hat (ebd., Ziffer 355ff.). Solche Leistungsberichte hatte der Rat bereits 1994 empfohlen (SB 1994, Ziffer 265ff.). Der Gedanke der Leistungstransparenz tauchte im Zusammenhang mit der Supramaximalversorgung in Universitätsklinika wieder auf (SG 1997, Ziffer 189). Auch bei der Darstellung von Bonuszahlungen für gute Ergebnisse am Beispiel USA wurde darauf Bezug genommen (ebd., Ziffer 625). Besonderen Wert legte der Rat auf Patientenverständlichkeit der für die Qualität geforderten Transparenz, ebenso für Schulungen (GA 2000/2001, I, Ziffer 351ff.). Es ging um die Entwicklung einer qualitätsorientierten Informationskultur und um Patientenverständlichkeit (ebd., Ziffer 272; vgl. Patientenwegweiser GA 2003, Ziffer 355).

In jüngster Zeit gibt es verschiedene Ansätze, das Instrument der obligatorischen Leistungsberichte zu verbessern und zwar im gemeinsamen Bundesausschuss, in der GMDS, in der Bundesärztekammer und vermutlich auch bei anderen. Es geht um die Weiterentwicklung des strukturieren Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V. Bei aller Verbesserungsbedürftigkeit ist dies aber doch ein Beispiel für die relativ zügige Realisierung von Vorschlägen, die (auch) dem Rat wichtig waren. Es wird letztlich darauf ankommen, Routinedaten, die in vielfacher Form vorliegen und anfallen, und zwar bei Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern, aber auch bei niedergelassenen Ärzten und im Rehabilitationsbereich, zielorientiert zusammenzuführen, so dass ein besserer Überblick über das Versorgungsgeschehen und dessen Qualität verfügbar wird. Dabei ist die Patientenverständlichkeit noch ein Sonderthema: Transparenz ist Voraussetzung für Partizipation und Eigenverantwortung.

Fazit: Es besteht erheblicher Handlungsbedarf bei Partizipation und Eigenverantwortung, die gefördert und gefordert werden müssen!

1.3.4 Qualitätssicherung

49. Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung in der Versorgung wurden in nahezu jedem Gutachten des Rates bearbeitet: Der Sachstandsbericht von 1994 brachte eine Definition von Qualitätssicherung, nach der Notwendiges

optimal erbracht und Unnötiges sowie Unwirksames vermieden werden sollten (SB 1994, Ziffer 252ff.). Dort führte der Rat auch die Definition des von Patient, Arzt und Gesellschaft zu tragenden „Restrisikos“ ein: „Der Arzt muss im Einzelfall den denkbaren Maximalaufwand im Sinne eines Ermessensspielraums einengen. Arzt und Patient haben hierbei ein individuelles Restrisiko zu akzeptieren … (ebd., Ziffer 263). Wer aber regelmäßig extrem unwahrscheinliche diagnostische Wege eingeht, begibt sich in die Gefahr, dass die Solidargemeinschaft seine Ängste nicht oder nicht mehr in vollem Umfang finanzieren kann“ (ebd., Ziffer 263).

Daraus folgerte der Rat: „Wenn zuverlässige epidemiologische Daten über Krankheitshäufigkeiten mit den … Leitlinien für Diagnostik und Therapie zusammengebracht werden, ist so etwas wie ein Soll des Aufwandes für die Medizin zu ermitteln. Niemand kann heute sagen, ob dieses Soll deutlich unter oder deutlich über dem gegenwärtigen Ist des Aufwandes liegt. Was dagegen sicher erscheint ist, dass das hier deklarierte Soll … eine erhebliche Steigerung der Qualität der Versorgung … bedeuten und die … Vermeidung von Unnötigem sowie Unwirksamem … erleichtern würde. Mit diesem Vorgehen würde auch die Definition des Leistungskataloges der Krankenversicherung erleichtert. Leistungsausschlüsse könnten nicht nur pauschal für einzelne Methoden sondern … auch indikationsbezogen erfolgen“ (ebd., Ziffer 264).

50. Insbesondere hat auf eine Initiative des Rates der Einsatz der AWMF, aber auch der Bundesärztekammer und der ÄZQ inzwischen zur Entwicklung einer validen Methodik für die Erstellung von Leitlinien geführt und zu einer Leitlinienbewertung, bei welcher S3 (Stufe 3) für die höchste erreichbare Qualität steht (vgl. Nationale Versorgungsleitlinien, www.bundesaerztekammer.de). Dem Sachverständigenrat wird der Erfolg zuerkannt, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu ihrer erfolgreichen Leitlinienarbeit angestoßen zu haben (SG 1995, Ziffer 164f.). In dieser Hinsicht ist Deutschland auf einem guten Weg. Ein Nachholbedarf besteht allerdings in der überfälligen Frage der unabhängigen Finanzierung der Leitlinienerstellung. Neuerdings beschäftigt sich die Versorgungsforschung, auch die von der Bundesärztekammer finanzierte, mit der Implementierung von Leitlinien (www.bundesaerztekammer.de). Ziel dieser Forschung ist nicht nur die epidemiologische Neugier zu befriedigen, sondern auch die Anwendung der Leitlinien zu fördern und deren Einfluss auf die Veränderung der Versorgungsqualität zu evaluieren.

Fehler in der Medizin und daraus resultierende Schäden hat der Rat ebenso wie Strategien zur Vermeidung derselben zum Inhalt eines ganzen Kapitels gemacht (GA 2003, Kap. 4). Das Thema wird in diesem Jahre wieder aufgegriffen (Kapitel 5).

51. Mindestzahlen sprach der Rat erstmals 1996 an, und zwar mit dem Beispiel der Transplantationszentren. Es wurde darauf verwiesen, dass mit der Häufigkeit nicht nur die Fallkosten sinken, sondern zugleich Routine und Qualität des Personals steigen. „Es wäre Aufgabe der Fachgesellschaften und der Kostenträger … eine optimale, d. h. unter medizinischen und ökonomischen Aspekten angemessene Zahl von Behandlungen als Akkreditierungsmerkmal zu definieren“ (SG 1996, Ziffer 265). Der Gedanke der Mindestzahlen wurde später wieder aufgegriffen und ausgearbeitet (GA 2000/2001, II, Ziffer 355ff.). Der Rat empfahl, die ärztliche Routine (gemessen an einer Mindestzahl von Eingriffen pro Jahr) vermehrt zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen (ebd., Ziffer 452). Bekanntlich finden sich im heutigen § 137 SGB V die Voraussetzungen für die Arbeit des gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema Mindestmengen. Ein Instrument, wie das der Mindestmengen, hat als Nebenwirkung längere Wege der Patienten zur Folge. Schon deswegen muss dieses Instrument der Qualitätssicherung vorsichtig eingesetzt sowie regelmäßig evaluiert und bezüglich seines Einflusses auf die tatsächliche Versorgungsqualität hin geprüft werden. Das ist wiederum eine Aufgabe der Versorgungsforschung, denn Maßnahmen des Qualitätsmanagements sind sekundäre Technologien, die der Nutzenanalyse bedürfen (ebd., Ziffer 251).

52. Hinsichtlich der Vergütungsanreize empfahl der Rat, Bonuszahlungen für gute Ergebnisse gemäß dem Beispiel der USA (SG 1997, Ziffer 625, vgl. Abb. 55; vgl. auch GA 2000/2001 II, Ziffer 454 und 534). Bedauerlicherweise findet sich im Gutachten 2000/2001 nur in einem Anhang zu dem Addendum „Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der GKV“ versteckt ein wichtiges Kapitel. Unter dem apokryphen Titel „Dispensierrecht und Versorgung bei seltenen Krankheiten“ wurde eine Übersicht über bisherige vom Rat diskutierte Beispiele hoch spezialisierter Versorgung gegeben (GA 2000/2001, Addendum, Ziffer 102). Der Rat empfahl interdisziplinäre Kompetenzbündelung für Krankheiten, die gemäß Evidenz von dieser profitieren (ebd., Ziffer 105). Für die geforderten *Comprehensive Care Centers* (CCC) wurde eine Evaluierung von Struktur, Prozess, Ergebnissen und Mindestzahlen gefordert. Der Abbau des Possessivdenkens („dies ist mein Patient“) und die Einbindung der Hausärzte waren weitere Forderungen. Dies wurde am Beispiel der Hämophilie diskutiert und im Einzelnen ausgeführt (ebd., Ziffer 106ff.). Grundlage für diese Forderung war – mit verbesserungsfähiger Evidenz – die in der Literatur berichtete 60 % höhere Mortalität von Patienten, die außerhalb eines Hämophilie-Zentrums versorgt wurden (ebd., Ziffer 118). Im Folgegutachten von 2003 beschäftigte sich der Rat mit der „Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen“ (GA 2003, II, Ziffer 674ff.). Dort ließ sich die „Kompetenzbündelung am Beispiel der Versorgung bei neuromuskulären Erkrankungen“ schon besser platzieren (ebd., Ziffer 798ff.). In diesem Zusammenhang wurden die Qualitätskriterien für die Muskelzentren wiedergegeben (ebd., Tabelle 53) Das gegenwärtige SGB V regelt mit § 116b die ambulante Versorgung für hoch spezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen durchaus in Sinne der Kompetenzbündelung. Deren Realisierung muss allerdings noch abgewartet werden. Kompetenzbündelung muss als Teil

der integrierten Versorgung gesehen werden, welche in diesem Jahr ausführlich dargestellt wird (Kapitel 3).

53. Das bisher umfangreichste Gutachten des Sachverständigenrates ist zweifellos das der Jahre 2000 und 2001. Die ersten drei Kapitel des Bandes II „Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege“ sind

– der Optimierung personeller Ressourcen,

– den Konzepten und Management von Qualität und

– der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement in der Versorgung

gewidmet.

Empfohlen wurde eine „kontinuierliche professionelle Entwicklung“ (GA 2000/2001, II, Ziffer 100). Für das Studium wurden u. a. die stärkere Förderung ärztlicher Basiskompetenzen, für die Weiterbildung ein Weiterbildungsbuch, realistische Weiterbildungskataloge (ebd., Ziffer 10 und 53) und die Finanzierung der Weiterbildung verlangt (ebd., Ziffer 115; vgl. SG 1997, Ziffer 192). Die anfängliche Aufregung um die geforderte Rezertifizierung von Fachärzten hat sich inzwischen weitgehend gelegt; die Fortbildung wurde wesentlich verbessert und intensiviert (ebd., Ziffer 120). Man wünscht sich aber noch mehr Daten zur Frage der Verbesserung der tatsächlichen Versorgung durch Fortbildung.

54. Im selben Gutachten findet sich eine kritische Würdigung der evidenzbasierten Medizin: „Ein aus methodischem Purismus resultierender therapeutischer Minimalismus verstößt gegen zwei grundlegende und pragmatische Prinzipien des EbM-Konzepts:

– Das Prinzip der best available evidence fordert nicht, dass sich klinisches Handeln ausschließlich auf die höchste Evidenzstärke gründen muss, sondern dass bei klinischen Entscheidungen (neben der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen des Patienten) die beste verfügbare Evidenz kritisch mitberücksichtigt … werden sollte. …

– Das Prinzip der best feasible evidende fordert eine pragmatische Orientierung der Evidenzstärke von Studien an dem ethisch, finanziell und methodisch Machbaren“ (ebd., Ziffer 204).

Es wurde gezeigt, wie sich symptom- und diagnoseorientierte Leitlinien zu ergänzen haben Ferner findet man Aussagen zur Implementierung von Leitlinien, Evaluation von Leitlinien, zum Leitlinien-Clearing durch ÄZQ und AWMF sowie zur Finanzierung der Leitlinienerstellung (ebd., Ziffer 246ff., 251ff., Tabelle 26, 260 ff., 263ff und 293).

Der Rat hielt zusammenfassend u. a. für bedeutsam, dass (Zitat)

– „die Vereinbarung von Zielen qualitätssichernder Maßnahmen erfolgen muss,

– die Qualitätssicherung an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften muss und

– qualitätssichernde Maßnahmen sich auf prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme konzentrieren sollten“ (ebd., Ziffer 271).

Die Stärkung der Position der Nutzer des Systems setzt eine verständliche und für alle Bevölkerungsgruppen verfügbare Information im Sinne einer qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen voraus (ebd., Ziffer 272).

55. Unter der Überschrift „Grauzonen der ärztlichen Entscheidungsfindung“ beschäftigte sich der Rat mit den Möglichkeiten, aber auch mit den Grenzen der evidenzbasierten Medizin (ebd., Ziffer 278ff.). In der Praxis ärztlichen Handelns ist „ein aus einem missverstandenen methodischen Purismus resultierender therapeutischer Minimalismus ebenso unangebracht wie eine Haltung der therapeutischen Beliebigkeit“ (ebd., Ziffer 204). Die Leitlinien stellen ‚Technologien‘ dar, wie andere Entscheidungen stützende und ablauforganisatorische Verfahren in der Medizin, und bedürfen in Folge dessen vor ihrer generellen Anwendung einer dem *Health-Technology-Assessment* entsprechenden Überprüfung (ebd., Ziffer 285).

56. In Kapitel 3 widmete sich der Rat den praktischen Problemen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Versorgung (ebd, Ziffer 295ff.). Er beklagte, dass positive Anreize für die Einrichtung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen fehlten und bei Ärzten dieselben in erster Linie unter dem Gesichtswinkel der Mehrarbeit und von Kontrolle und Sanktionen gesehen würden (ebd., Ziffer 348). Im deutschen Gesundheitswesen fehlte und fehlt noch der Anreiz, sich durch einen Qualitätswettbewerb positiv von anderen Leistungserbringern abzusetzen. In diesem Sinne kann die Darstellung des Qualitätswettbewerbs durch Transparenz bereits zielführend sein, wie sie in den Ausführungen zu Zertifizierungen und Leistungsberichten angeregt wurde (ebd., Ziffer 352ff und 354). Es mehren sich die Beispiele dafür, dass solche Berichte nicht nur nach außen ‚werbewirksam‘ sind, sondern auch intern zwischen den Abteilungen den Wettbewerb um bessere Qualität fördern.

Ebenso widmete sich der Rat in diesem Gutachten der Qualitätssicherung und dem weiterhin entwicklungsbedürftigen Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung. Hier forderte er eine Verbesserung der hausärztlichen Dokumentation ebd., Ziffer 367) Ferner wurden *peer reviews* bei Praxisbesuchen empfohlen; im Ausland gibt es dafür Supervisoren (ebd., Ziffer 371 und 456).

Schließlich diskutierte der Rat die Qualitätssicherung in der Pflege kritisch. Aktivierende Pflege, Bezugspflege, Pflege-Diagnosen, -Anamnese, -Standards sowie Pflegeevaluation wurden empfohlen (ebd., Ziffer 406, 407, 408ff. und Ziffer 414ff.). Von besonderer Bedeutung, auch für die Zukunft, sind sektoren-, institutionen- und professionenübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht zuletzt wegen der Fallpauschalierung und wegen der wünschenswerten Transparenz für Patienten und Versi-

cherte (ebd., Ziffer 472ff. und 478). Teilweise erfolgte inzwischen die Umsetzung durch das GKV-WSG § 131.1.

Fazit**:** Trotz bemerkenswerter und erfreulicher Anstrengungen und Fortschritte zeichnet sich beim Thema Versorgungsqualität weiterer Handlungsbedarf ab.

1.3.5 Über-, Unter- und Fehlversorgung

57. Der Rat griff mit den fünf Teilen des Bandes III des Gutachtens 2000/2001 das Thema Über-, Unter- und Fehlversorgung auf. Anfängliche, durchaus verständliche Aufregung und Kritik von Seiten der Ärzte zu diesen Kapiteln haben zwischenzeitlich einer nüchterneren und konstruktiveren Umgangsweise mit diesem Thema inzwischen Platz gemacht. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Beschäftigung mit diesem Thema dem gesetzlichen Auftrag des Rates entspricht (§ 142 SGB V). Wesentlich für dieses Gutachten war die Begriffsdefinition von subjektivem, objektivem und latentem Bedarf. Der latente Bedarf entspricht der zufälligen Entdeckung einer Krankheit, während der subjektive Bedarf mit und ohne Inanspruchnahme des professionellen Systems auftritt, wobei objektiver Bedarf der professionellen/wissenschaftlichen Bestätigung einer Krankheit bei latentem oder subjektiven Bedarf entspricht (GA 2000/2001, III.1, Tabelle 3).

Der Bezug zu dem oben diskutierten Qualitätsbegriff lässt sich herstellen, wenn man den Begriff Qualität vor dem Hintergrund von vorhandener Über-, Unter- und Fehlversorgung diskutiert. Der Rat hat ausführlich auf der Grundlage einer umfangreichen Befragung von 300 beteiligten Organisationen und von eigenen Ermittlungen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung Stellung genommen (ebd. Ziffer 102ff und 51, Tabelle 4). Er kam dabei zu Bewertungen, die zwischen Interventionsbedarf, Entwicklungsbedarf und Investitionsbedarf unterschieden (ebd., Tabelle 12 und 13, Ziffer 94ff.). In der Zusammenfassung der Befragung von betroffenen Organisationen wurden die Bedeutung von Zielbildung und medizinischer Orientierung erkennbar, ebenso wie der Wunsch nach mehr Prävention, mehr Versorgungsqualität und mehr Partizipation (ebd., Ziffer 180ff.). Deutlich wurde ferner die Kritik an der Sektorentrennung im Versorgungssystem.

58. Besonders bedeutsam ist die Feststellung von „Defizite(n) hinsichtlich der Daten zum Versorgungsgeschehen“ (ebd., Ziffer 217). Hieraus leiten sich die Forderungen des Rates zu einer deutlichen Erweiterung der derzeitigen Versorgungsforschungsprogramme ab, welche zwar inzwischen BMBF und Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Rehabilitationsträger gemeinsam finanzieren, aber in ihren Volumina als immer noch unzureichend zu bezeichnen sind (vgl. SG 1995, Ziffer 43*). Ein „ausreichend ausgestattetes, befristetes und mehrgliedriges Programm zur Gesundheitsforschung“ wurde gefordert (GA 2000/2001, III.1, Ziffer 219). Die Ausschreibung für Projekte sollte „insbesondere auf die Beteiligung wissenschaftlicher Fachgesellschaften zielen“ (ebd., Ziffer 220). Diese verfügen über qualifiziertes Personal, welches „projektbezogen für unabhängige Forschungsarbeit eingestellt werden“ könnte“ (ebd.). Diese Einbeziehung der Fachgesellschaften in die Versorgungsforschung ist bisher nicht erfolgt (ebd., Ziffer 221ff., Übersicht 1).

59. Im zweiten und dritten Teil von Band III befasste sich der Rat mit konkreten Detailanalysen zu Last, Perspektiven und Versorgung großer Volkskrankheiten in Deutschland. Neben dem in Band III.1 bereits beschriebenen Diabetes mellitus sind das

– ischämische Herzerkrankungen,
– zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall,
– chronische, obstruktive Lungenerkrankungen,
– Rückenleiden,
– Krebserkrankungen,
– depressive Störungen und
– Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Bd. III.4).

Eine Zusammenfassung aller Empfehlungen des Gutachtens zum Abbau von Über-, Unter-, und Fehlversorgung im Gesundheitswesen findet sich im Anhang 4 (GA 2000/2001, Bd. III.4, Tabelle A1-A8).

60. Auch die Gutachten von 2003 und 2005 haben die Qualität zu Schwerpunkten ihres Inhalts gemacht. Die Wirksamkeit und Qualität der Gesundheitsförderung im Setting Schule und Qualität in der Rehabilitation einschließlich der Rehabilitation in der Pflege bildeten Hauptthemen des Gutachtens 2003 (GA 2003, II, Ziffer 507ff. und 589ff.). Ein weiterer Schwerpunkt waren die Qualitätsprobleme in der integrierten Versorgung und im *disease management* (ebd., Ziffer 674ff.). Der Exkurs „Konzept eines DMP am Beispiel des Diabetes mellitus“ erlaubt den Vergleich mit den heute tatsächlich implementierten DMP für Diabetes mellitus (ebd., Ziffer 788ff.). Man kommt nicht umhin festzustellen, dass hier bedauernswerte Qualitätsdefizite bestehen und dass vor allem eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation dieser Programme überfällig ist.

Der Rat analysierte auch die Qualität im Rettungswesen (GA 2003, II, Ziffer 868ff.). Hier gibt es wenig positive Veränderungen, dafür aber neue Sorgen im Sinne einer Ausdünnung der Dichte der Notfallversorgung durch den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser.

Im Gutachten 2005 wurde schließlich die Verbesserung der Koordination im Gesundheitswesen mit dem Ziel einer Steigerung der Versorgungsqualität diskutiert (GA 2005, I, Ziffer 1ff. und 38ff.). Bis zu einer tatsächlich integrierten Versorgung ist es noch ein weiter Weg.

Fazit: Die Versorgungsqualität lässt sich im Sinne des Abbaus von Über-, Unter- und Fehlversorgung weiter steigern. Auch in der Versorgungsforschung besteht weiter Handlungsbedarf, da diese einen wichtigen Beitrag zur Korrektur von Über-, Unter- und Fehlversorgung leisten kann, indem sie Verfahren zur Behebung von Quali-

tätsdefiziten der Versorgung evaluiert und behauptete Qualitätsfortschritte von Wettbewerbern objektiviert.

1.3.6 Forschung und Fortschrittsbewertung

61. Mit dem Sondergutachten von 1995 griff der Rat das Thema der klinischen Forschung auf. Er empfahl, die Krankenversicherungen (GKV und PKV) an Planung, Organisation, Beurteilung und Finanzierung geeigneter Projekte der angewandten klinischen Forschung und der Versorgungsforschung zu beteiligen (SG 1995, Ziffer 43*, 327 und 338).

Das darauf folgende Gutachten aus dem Jahr 1996 listete Forschungsfelder für die Unterscheidung von altersgemäßen Veränderungen und Krankheiten auf (SG 1996, Ziffer 212). Im Sondergutachten 1997 befasste sich der Rat zunächst mit der Definition des Fortschritts (ebd., Ziffer 55f.). Für eine Fortschrittsbewertung sind folgende Kriterien wichtig:

– Effektivität von Verfahren und Technologien,
– Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung,
– Qualifikation der Anwendung von Verfahren und Technologien und Angemessenheit der Anwendung,
– Kontinuität der Versorgung,
– Grad der Einbeziehung von Patientenperspektive,
– unerwünschte Wirkungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen und
– Effizienz der Versorgung.

Der Rat empfahl ein pluralistisches und dezentrales Verfahren, das Interessenkonflikte koordiniert, über wettbewerbliche Orientierung einen Faktor sparenden Fortschritt ermöglicht und Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert (ebd., Ziffer 76 und 121ff.). Beklagt wurde ein Mangel an auf HTA spezialisierte Wissenschaftler und eine Schwäche der medizinisch-wissenschaftlichen Politikberatung (SG 1997, Ziffer 170 und 172).

62. Für die Universitätsklinika wurde eine leistungsgerechte Finanzierung gefordert (ebd., Ziffer 187ff.). Insbesondere sei der fortzuschreibende Katalog von Leistungen im Sinne einer ‚Supramaximalversorgung‘ ein nach wie vor vielfach ungelöstes Problem (ebd., Ziffer 189ff.). Zu diesem Komplex gehöre auch die fehlende Finanzierung der Weiterbildungsaufgabe (ebd., Ziffer 192ff.). Eine partielle Finanzierungsaufgabe für Krankenversicherer in Bezug auf bestimmte Fragestellungen der klinischen Forschung stellt ebenfalls eine noch nicht ausreichend geklärte Frage dar (ebd., Ziffer 197, 203ff.). Nebenbei forderte der Rat Register für Studien an Patienten (ebd., Ziffer 209). Er nannte eine Reihe von Beispielen für Fortschritte, die zu verbesserter Wirtschaftlichkeit geführt haben (ebd., Ziffer 217ff.) Dies erscheint aus heutiger Sicht eine durchaus fortsetzungsfähige bzw. –würdige Liste zu sein.

63. Der Rat forderte in diesem Zusammenhang mit der ‚vierten Hürde‘ im Sinne der medizinisch-pharmakologischen Bewertung des Nutzens eines Arzneimittels ein sachkundiges Gremium von unabhängigen epidemiologischen, medizinischen und pharmakologischen Experten:

Exkurs: Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Politikberatung.

„Aussagen von Wissenschaftlern werden mit einem vergleichsweise hohen Eigen- und Fremdanspruch an deren Richtigkeit gemacht und entgegengenommen. Wissenschaftliche Ergebnisse sind aber in ihrer Richtigkeit a priori eingeschränkt

– vom Erkenntnisinteresse,
– in Abhängigkeit von der Wahl der Methodik (Erkenntnistheorie),
– durch die Begrenztheit des Untersuchungsgegenstandes und
– durch die im Einzelfall zu prüfende
  – Qualität der methodischen Durchführung der jeweiligen Untersuchung,
  – Validität der Ergebnisse und
  – Angemessenheit der Interpretation.

Es muss damit gerechnet werden, dass auch Wissenschaftler nicht losgelöst von Eigeninteressen (z. B. Reputationsgewinn) handeln. Insofern sind sie kaum jemals ganz frei vom Einfluss bewusster oder unbewusster Interessen. Eine Tendenz zu menschlicher Schwäche, sei es zum persönlichen Vorteil oder zum Vorteil des eigenen Fachgebietes, ist verständlich. Die Erfahrung in der wissenschaftlichen Politikberatung zeigt, dass es eine Beratung, die völlig frei von Interessenkollisionen ist, nicht geben kann. Daraus folgt, dass die Offenlegung aller Verbindungen obligatorisch werden muss (Transparenz). Der andere Schutzmechanismus ist in der (öffentlichen) Kontrolle und Diskussion durch die *scientific community* zu sehen“ (GA 2005, II, Ziffer 912).

Die Aufgabe einer Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Beratung der Politik besteht neben der Herstellung von Transparenz in der Prüfung, ob

- wirklich alle Evidenz berücksichtigt wurde,
- bei der Beurteilung der Qualität der berücksichtigten Evidenz manipuliert wurde,
- Ergebnisse, die in eine ‚unerwünschte' Richtung deuten, systematisch weggelassen wurden und
- über den Bereich des tatsächlichen Untersuchungsgegenstandes weit hinaus gehende Aussagen gemacht werden.

Fazit**:** Es lässt sich erheblicher Handlungsbedarf in Forschung und deren Förderung sowie unabhängiger wissenschaftlicher Beratung der Gesundheitspolitik feststellen.

1.3.7 Zusammenfassung

64. Trotz der unvermeidlichen Lücken in dieser Darstellung von Empfehlungen des Sachverständigenrates, die eine stärkere gesundheitliche Orientierung verfolgen, und trotz teilweise beachtlicher zwischenzeitlicher Fortschritte lässt sich Handlungsbedarf im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik für die folgenden Schwerpunkte aufzeigen:

- Gesundheitsziele,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Eigenverantwortung und Partizipation,
- Qualitätssicherung,
- Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und
- Forschung und Fortschrittsbewertung.

2 Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

2.1 Einleitung

65. Dieses Kapitel befasst sich mit der (Neu-)Definition von Rollen verschiedener Berufe in der Gesundheitsversorgung. Die Frage nach dem effizienten und effektiven Einsatz der Potentiale unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssystem erhält ihre Bedeutung durch die Zunahme älterer Patienten mit chronischen und multimorbiden Leiden, die veränderten Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, die gewandelten Versorgungsstrukturen, die neuen technischen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, die Tendenzen der Akademisierung vieler Gesundheitsberufe und nicht zuletzt durch heute schon bestehende regionale Versorgungsengpässe und die Anforderung, auch in Zukunft hinreichend ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Nachwuchs zu rekrutieren. Die Diskussion um den Neuzuschnitt von Aufgaben im Gesundheitswesen mag bei den Berufsgruppen Konkurrenzgefühle, Ängste und Vorbehalte erzeugen, nicht zuletzt deshalb, weil die heutige Berufsstruktur, die Zuordnung von Tätigkeitsbereichen sowie die Zuständigkeiten bei der Verordnung von Leistungen historisch entstanden sind und damit eine lange Tradition besitzen. Eine Veränderung des Professionenmixes setzt auch voraus, dass dieser gewachsene institutionelle Rahmen auf seine heutige Sinnhaftigkeit überprüft wird.

66. Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen haben sich verändert. Dadurch entsteht die Notwendigkeit, dass die Berufsgruppen den Prozess der Arbeitsteilung, die kooperativen Beziehungen und den Zuschnitt von Versorgungsaufgaben weiter entwickeln. Darüber hinaus können die Arbeitsunzufriedenheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen, der Weggang von Ärzten und Pflegekräften ins Ausland (Deutsches Ärzteblatt 2004; Rieser 2005; Süddeutsche Zeitung 2005) oder die Streikwelle im vergangenen Jahr als erste Warnzeichen für die Kluft zwischen den neuen Anforderungen der Gesundheitsversorgung und der alten Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen gedeutet werden. Bei sich abzeichnender regionaler Unterversorgung mit bestimmten Leistungserbringern, z. B. Hausärzten in strukturschwachen Bundesländern, könnten Aufgabenneuverteilungen ebenfalls Lösungen schaffen.

67. In den letzten 15 Jahren hat im Gesundheitswesen eine Entwicklung eingesetzt, in der z. B. im Rahmen der Beschäftigung mit Qualitätsmanagement, bei der Einführung der DRGs und ganz allgemein in der Auseinandersetzung mit ökonomischen Einflussfaktoren eine Zunahme der Kooperationsbereitschaft der Berufsgruppen im Gesundheitswesen beobachtet werden konnte. Partiell wurden Entwicklungen zu veränderten Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen angestoßen, die den Anforderungen transsektoraler Kooperation und aktiverer Beteiligung der Patienten entsprachen, wie in der integrierten Versorgung. Diese Entwicklungen gingen einher mit den Forderungen von Patientinnen und Patienten zu mehr Beteiligung bei Entscheidungen bei der Gesundheitsversorgung und der Forderung einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Leistungserbringern und den Betroffenen (SG 1994, Ziffer 622; SG 1995, Ziffer 63; GA 2000/2001, I-3; GA 2003, I-3).

68. Aus den angeführten Gründen forciert der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 die Prüfung der stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte und damit die Frage nach dem Neuzuschnitt der Versorgungsaufgaben im deutschen Gesundheitssystem. Nach den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 sollen nicht-ärztliche Heilberufe insbesondere in integrierte Versorgungskonzepte einbezogen werden. Das am 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-WSG hat diese Vereinbarungen nicht zum Gegenstand gehabt.

69. Ausgangspunkt des Kapitels ist eine Ist-Analyse zu den Gesundheitsberufen in Deutschland (Unterkapitel 2.2). Zunächst wird der Begriff Gesundheitsberuf definiert. Es folgen eine Darstellung der Ausbildungssituation ausgewählter Berufe im deutschen Gesundheitssystem und die quantitativen Entwicklungen der einzelnen Berufsgruppen. Weiterhin werden Vor- und Nachteile arbeitsteiliger Prozesse, z. B. Tätigkeitsübertragungen und Spezialisierungen, skizziert. Ferner werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit dargestellt. Schließlich wird auf aktuelle Probleme der Zusammenarbeit eingegangen. Unterkapitel 2.3 bildet die Analyse der Ergebnisse einer Anhörung von Berufsverbänden im Gesundheitswesen ab und zeigt damit die notwendigen Veränderungen aus Sicht der Gesundheitsberufe. Weiterhin werden Ergebnisse einer Umfrage zum Thema bei den Landesministerien für Gesundheit referiert. Es folgt eine Darstellung der zukünftigen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung (Unterkapitel 2.4). Dabei befassen sich einführende Überlegungen mit der Komplexität der Organisation Gesundheitswesen. Der demographische Wandel und sein Einfluss auf das Krankheitsspektrum, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die Verläufe von Gesundheitsversorgung stellen einen weiteren Hintergrund der Debatte um die Veränderung des Professionenmixes im Gesundheitssystem dar. Es schließen sich Ausführungen zur Technikentwicklung in ihren Wirkungen auf die Aufgabenteilung der Gesundheitsberufe an. Ziele einer Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe stellt Unterkapitel 2.5 zusammen. Unterkapitel 2.6 skizziert verschiedene nationale Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit. Weiterhin wird auf internationale Erfahrungen eingegangen, wobei diese nur eingeschränkt auf den deutschen Kontext

übertragbar sind, da sich sowohl Ausbildungs- als auch Versorgungssysteme der Länder erheblich unterscheiden. Dies muss bei allen in diesem Kapitel beschriebenen internationalen Erfahrungen unbedingt bedacht werden. Schließlich werden verschiedene, die Rahmenbedingung der Zusammenarbeit betreffende Lösungsansätze besprochen (Unterkapitel 2.7). Ein Fazit und Empfehlungen schließen das Kapitel ab (Unterkapitel 2.8).

2.2 Gesundheitsberufe in Deutschland – eine Ist-Analyse

2.2.1 Begriffliche Abgrenzung

70. Die Abgrenzung der mit der Gesundheitsversorgung betrauten Berufe von anderen Berufskategorien ist nicht eindeutig möglich. Auch die Sammelbezeichnung für diese Berufe ist heterogen. Weder in den Rechtswissenschaften noch in den Sozialwissenschaften finden sich eindeutige Definitionen. Die Begriffe Heilberuf[1], Gesundheitsberuf[2], Gesundheitsdienstberuf[3], Gesundheitsfachberuf[4], Medizinalfachberuf[5], Heilhilfsberuf[6] und medizinischer Assistenzberuf[7], um nur eine Auswahl zu nennen, werden uneinheitlich verwendet.

71. Im Folgenden soll in erster Linie der Begriff Gesundheitsberuf verwendet werden. Der Begriff des Heilberufs kann als Synonym betrachtet werden,[8] ist jedoch wesentlich älter und erscheint weniger modern. Von Gesundheitsdienstberufen kann gesprochen werden, wenn der Dienstleistungscharakter einzelner Gesundheitsberufe betont werden soll. Dies ist der Fall, wenn zur Leistungserbringung eine sehr enge Kooperation, Kommunikation und Koproduktion mit dem Patienten notwendig ist. Leistungserbringung und Konsumtion fallen dann räumlich und zeitlich zusammen (uno-actu-Prinzip).

72. Wie lässt sich Heil- bzw. Gesundheitsberuf definieren? Ein wichtiges Abgrenzungskriterium ist, dass Heil- bzw. Gesundheitsberufe unmittelbar in der Gesundheitsversorgung von Patienten tätig sind. Dies erfolgt gegen ein Entgelt, womit ehrenamtlich Tätige nicht zu den Gesundheitsberufen zu rechnen sind. Eine Abgrenzung von Gesundheitsberufen insbesondere gegenüber sozialen oder erzieherischen Berufen ist jedoch nicht immer eindeutig möglich. Berufe aus dem Fitness-, Wellness- oder Körperpflegebereich zählen nicht zu den Heilberufen. Auch Berufe im Zusammenhang mit der Tiermedizin sollen nachfolgend nicht betrachtet werden. Bei Berufsausübenden, die zwar in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind, deren Arbeitsschwerpunkt jedoch nicht die Heilkunde darstellt (z. B. Beschäftigte im technischen Dienst eines Krankenhauses), wird nachfolgend von Berufen im Gesundheitswesen gesprochen.

Gesundheitsberufe – bzw. Heilberufe – können demnach definiert werden als Berufe innerhalb des Versorgungssystems, deren Tätigkeitsinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten.[9]

73. Bei der Kategorisierung der Gesundheitsberufe sollten die Begriffspaare ‚Heilberuf und Heilhilfsberuf‘ oder ‚Mediziner und medizinischer Assistenzberuf‘ vermieden werden. Hier wird von einem Gesundheitswesen ausgegangen, in dem die Patientenversorgung in der Hauptverantwortung von Ärzten liegt, die zur Erfüllung dieser Aufgabe auch andere, dem Arzt helfende und assistierende Berufsgruppen hinzuziehen können. Die mit diesen Begrifflichkeiten implizierte hierarchische Position der Ärzte im Gesundheitssystem steht einem modernen, auf Kooperation gegründeten Verständnis von Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Wege, in dem gleichwohl eindeutige Verantwortlichkeiten bestehen.

2.2.2 Regelung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

74. Die Einteilung der Gesundheitsberufe kann nach verschiedenen Kriterien erfolgen. Dabei ergeben sich Kategorisierungsmöglichkeiten entlang der unterschiedlichen beruflichen Qualifikationssysteme (Hochschulstudium, duales Ausbildungssystem und Ausbildung an

---

[1] Neubauer (1987) verwendet diesen Begriff für die Berufe, die eigenverantwortlich Krankheiten diagnostizieren und behandeln, also für Ärzte und Heilpraktiker. Für Kunig (2000) sind Heilberufe all die Berufe, die neben den Ärzten unmittelbar mit der Heilkunde betraut sind.

[2] Döhler (1997) rechnet alle unmittelbar mit der Gesundheitsversorgung betrauten Berufe zu den Gesundheitsberufen.

[3] Dieser Begriff betont den Dienstleistungscharakter der Berufsgruppe. Er wird vom Statistischen Bundesamt verwendet und umfasst u. a. Ärzte, Apotheker, Heilpraktiker, eine Reihe von Ausbildungsberufen, nicht jedoch die Altenpflege.

[4] Theobald/Erdle (2000) verwenden den Begriff in erster Linie für bundesrechtlich geregelte Ausbildungsberufe, jedoch nicht für Gesundheitshandwerker. Das Statistische Bundesamt spricht hingegen von sonstigen Gesundheitsfachberufen, die sich aus den Berufsgruppen Gesundheitsingenieure, gesundheitssichernde Berufe, Gesundheitstechniker, Pharmakanten und pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte zusammensetzen.

[5] Das Bundesministerium für Gesundheit verwendet diesen Begriff auf seiner Website für alle nicht-ärztlichen Berufe, die den Arzt unterstützen. Synonym wird der Begriff Medizinalfachberuf verwendet http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_605042/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Gesundheitsberufe/Gesundheitsfachberufe-2162.html (Stand 20.06.2007).

[6] Beispielsweise verwendete das Bundesverfassungsgericht den Begriff kürzlich (BVerfG NJW 2003, 41 (43)) im Zusammenhang mit seinem Urteil zum Altenpflegegesetz. Einige Autoren bezeichnen diesen Begriff als problematisch, da er suggeriert, diese Berufe seien lediglich helfend oder assistierend tätig (Schnitzler 2004). Einige Autoren ersetzten inzwischen den Begriff Heilhilfsberuf durch Gesundheitsfachberuf, so z. B. Theobald/Erdle (2000), deren Publikation „Recht der Heilhilfsberufe, Hebammen und Heilpraktiker“ inzwischen in „2Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker“ umbenannt wurde.

[7] Prütting (1995) bezeichnet alle nichtärztlichen Berufe im Medizinsektor mit Ausnahme der Apotheker und Psychologen als medizinische Assistenzberufe.

[8] Damit wird die synonyme Verwendung der Begriffe bei Theobald/Erdle (2000) übernommen.

[9] Nach dieser Definition sind Beschäftigte im Public Health Bereich nicht zu den Gesundheitsberufen zu zählen. Die Frage einer sinnvollen Aufgabenverteilung und Kooperation zwischen dem Public Health Bereich und dem Versorgungssystem soll in diesem Kapitel nicht näher erörtert werden.

Schulen des Gesundheitswesens/Berufsfachschulen/Fachschulen) und der bestehenden Rechtssysteme für Ausbildung und Beruf (landesrechtliche und bundesrechtliche Regelung) (vgl. auch Becker 2002).

75. Die Bundesländer haben die Befugnis zur Gesetzgebung im Zusammenhang mit der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen, solange und soweit der Bund nicht von seinen Gesetzgebungszuständigkeiten Gebrauch macht (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Der im Grundgesetz verwendete Begriff der ‚Zulassung' deutet an, dass sich die Bundeskompetenzen ausschließlich auf die berufliche Erstausbildung beschränken, z. B. auf Vorschriften im Zusammenhang mit der Approbation oder dem Gegenstand der staatlichen Prüfung. Regelungen der beruflichen Weiterbildung, z. B. im Zusammenhang mit dem Facharztwesen oder der Fachkranken- und Gesundheitspflege, fallen hingegen in die Verantwortlichkeit der Länder. Der Bedarf an bundeseinheitlichen Qualifikationsstandards ergibt sich nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, wenn die Berufsausübung mit Gesundheitsgefahren für die Patienten einhergehen könnte.[10] Dies trifft nach Auffassung des Gerichts beispielsweise auf die Gesundheits- und Krankenpflege oder die Altenpflege zu, jedoch nicht auf die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe sowie die Altenpflegehilfe.

76. Die Ausbildungen der akademischen Gesundheitsberufe Arzt/Ärztin, Zahnarzt/-ärztin und Apotheker/in sind entsprechend Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG bundeseinheitlich geregelt und werden in den jeweiligen Approbationsordnungen festgelegt (zur Ausbildung der Mediziner s. ausführl. GA 2000/2001, II, Ziffer 4ff.). Die akademische Erstausbildung in pflegespezifischen Studiengängen, die sich bislang nur selten in Deutschland findet, unterliegt im Gegensatz dazu dem Hochschulrecht der Bundesländer und ist damit nicht bundeseinheitlich konzipiert. Ein Beispiel bildet das pflegewissenschaftliche Studium in Hessen, das zum Pflegewirt qualifiziert. Es kommt hier nicht zum Erwerb der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Das berufliche Einsatzfeld ist unklar.

77. Die Erstausbildung der nicht-akademischen Gesundheitsberufe ist landesrechtlich oder bundesrechtlich geregelt. Die Gruppe der bundeseinheitlich geregelten, nicht-akademischen Gesundheitsberufe umfasst folgende Berufe: Altenpfleger/in, Diätassistent/in, Ergotherapeut/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Hebamme und Entbindungshelfer, Logopäde/in, Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in, medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in, medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in, Orthoptist/in, pharmazeutisch-technische/r Assistent/in, Physiotherapeut/in, Podologe/in und Rettungsassistent/in. Trotz bundeseinheitlicher Regelung besteht jedoch in einigen Berufen, z. B. der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege, die Gefahr einer ‚länderspezifischen Zersplitterung' in der Umsetzung der relativ neuen Berufsgesetze – das Altenpflegegesetz stammt aus dem Jahr 2003, das Krankenpflegegesetz wurde im Jahr 2004 reformiert (Becker 2006). Die Entstehung regionaler Ausbildungslösungen wird dadurch begünstigt, dass für beide Berufsgesetze Modellversuche zu integrierten Ausbildungsgängen für Pflegeberufe ausdrücklich befürwortet werden. Auf der anderen Seite liegt in dieser Modellklausel auch die Chance, innovative Ausbildungskonzepte zu erproben und ggf. in größerem Maßstab zu implementieren (s. auch Exkurs in Abschnitt 2.7.4*)*.

78. Die bundeseinheitlich geregelten Berufe der medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten[11], Verwaltungsangestellten und die kaufmännischen Berufe (geregelt im Berufsbildungsgesetz (BBiG)) sowie die Berufe des Gesundheitshandwerks (geregelt in der Handwerksordnung (HwO)) werden im dualen System der betrieblichen Berufsausbildung erlernt. Alle anderen Gesundheitsberufe werden an Schulen des Gesundheitswesens (Fach-, Berufsfach- und Schulen des Gesundheitswesens) ausgebildet.

79. Die landesrechtlichen Regelungen der Ausbildungen können sich inhaltlich unterscheiden. Für viele der Berufe finden sich nur in einem Teil der Bundesländer Regelungen zur beruflichen Erstausbildung (z. B. für die Ausbildung zum Kardiotechniker/zur Kardiotechnikerin, die nur in Berlin angeboten wird). Einige dieser Berufsausbildungen laufen aus oder bieten nur eine sehr geringe Zahl von Ausbildungsplätzen (z. B. für Zytologieassistenten). Die heterogenen landesrechtlichen Regelungen können dazu führen, dass keine gesicherte berufliche Anerkennung in den anderen Bundesländern besteht. Dies führt zu einer eingeschränkten beruflichen Mobilität der Berufsausübenden im Inland (Meifort 2004). Eine weitere Schwierigkeit, die aus Unterschieden in den landesrechtlichen Regelungen resultiert, ist die Entwicklung einheitlicher Standards, an denen die Qualität der Ausbildung gemessen werden kann. Auch die Qualität der Berufsausübung kann später von Bundesland zu Bundesland differieren.

80. Mit dem Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten[12] vom 25. Mai 1976 setzte eine Tendenz der Ablösung landesrechtlicher durch bundesrechtliche Regelungen für Gesundheitsberufe ein, die zuletzt den Beruf der Altenpflege betraf. Das Altenpflegegesetz ist 2003 in Kraft getreten.[13] Tabelle 1 gibt

[10] BVerfG, NJW 2003, 1: 41–58.

[11] Der Beruf des Arzthelfers und der Arzthelferin wurde Mitte 2006 in medizinische/r Fachangestellte/r umbenannt.

[12] Heute: Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten

[13] Dieses Gesetz war schon im Herbst 2000 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet worden. Die Bayerische Staatsregierung bezweifelte jedoch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Bereich der Altenpflegeausbildung und reichte eine Normenkontrollklage beim Bundesverfassungsgericht ein. Dieses bestätigte jedoch die Kompetenzen des Bundesgesetzgebers.

einen Überblick über alle bundesrechtlich und landesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe. Schwerpunktmäßig sollen nachfolgend hauptsächlich ärztliche und bundesrechtlich geregelte Gesundheitsberufe betrachtet werden. Landesrechtlich geregelte Berufe, soziale und erzieherische Berufe sowie das Gesundheitshandwerk werden nur peripher behandelt.

81. Die berufliche Weiterbildung der Gesundheitsberufe ist grundsätzlich Ländersache. Insgesamt existieren 149 landesrechtlich geregelte Weiterbildungsabschlüsse für nicht-akademische Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen.[14] Die meisten Weiterbildungen qualifizieren zur Fachkrankenpflege auf einem oder auf einigen wenigen Gebieten (z. B. zur Fachkinderkrankenpfleger/in Anästhesie und Intensivmedizin). Häufig finden sich auch Weiterbildungen zur Leitung einer Einrichtung (z. B. Krankenpfleger/Krankenschwester Leitung des Pflegedienstes) oder zur Lehrkraft (z. B. Logopäde/in Lehrkraft). Die Bezeichnungen der Weiterbildungsabschlüsse unterscheiden sich teilweise nur graduell von Bundesland zu Bundesland (z. B. Fachkraft für onkologische Pflege in Niedersachsen und Fachkrankenpflege/ Fachkrankenschwester für onkologische Pflege in Brandenburg). Teilweise lassen die Namen der Weiterbildungsabschlüsse jedoch auch vermuten, dass Unterschiede bei den Weiterbildungsinhalten bestehen (z. B. Fachkraft für onkologische Pflege in Niedersachsen, Fachkrankenpfleger/Fachkrankenschwester für Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin im Saarland). In Bundesländern, die keine Weiterbildungsvorschriften verabschiedet haben, wird teilweise den Weiterbildungs-Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gefolgt. Für den ärztlichen Bereich gilt grundsätzlich auch die landesrechtliche Zuständigkeit der fachärztlichen Weiterbildung, allerdings haben die ärztlichen Fachweiterbildungen einen hohen Grad der Standardisierung erreicht, deren Qualität die Ärztekammern sichern.

Insgesamt sind Weiterbildungen der Gesundheitsberufe also durch die Länderverantwortlichkeit nicht einheitlich oder nicht von standardisierter Qualität (Gutachten 2000/ 2001, II, Ziffer 94ff.). Inhalte und Kosten können teilweise erheblich abweichen, gleichzeitig ist ein Angebotsvergleich schwierig.

82. Bei einigen bislang nicht akademischen Gesundheitsberufen hat inzwischen ein Akademisierungsprozess eingesetzt. Die Regelung der verschiedenen Studiengänge ist Ländersache, denn es handelt sich hier um berufliche Weiterbildungen. So finden sich Fachhochschulstudiengänge (z. B. für Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten), die zum Erwerb eines Diploms, Bachelors oder Masters führen, sowie einige pflegespezifische universitäre Studiengänge. Zugangsvoraussetzung für diese (Fachhochschul-)Studiengänge ist neben der allgemeinen Hochschul- oder Fachhochschulreife häufig eine entsprechende, abgeschlossene Berufsausbildung und zum Teil auch Berufspraxis. Einige Fachhochschulen bieten ausbildungsintegrierte Studiengänge. Hier werden die Berufsausbildung an einer Fachschule (z. B. in der Gesundheits- und Krankenpflege) und das Fachhochschulstudium (z. B. in Pflegewissenschaften) kombiniert. Es werden also zwei Abschlüsse erworben. Die einzelnen Studienangebote und Konzepte sind sehr heterogen, was den Vergleich erschwert. Problematisch an den ausbildungsintegrierten Studiengängen ist eine teilweise zu geringe Ressourcenausstattung, was Qualitätseinbußen der Ausbildung nach sich zieht. In den pflegespezifischen Studiengängen Pflegemanagement, -pädagogik und -wissenschaft besteht ein großes Defizit im Hinblick auf fehlende einheitliche Rahmencurricula (zum Akademisierungsprozess der Pflege in Deutschland s. auch GA 2000/ 2001, II, Ziffer 96ff.). Der patientennahe Bereich wird bisher wenig von der Akademisierung der Pflege berührt. An Hochschulen ausgebildete Pflegekräfte sollten ihren Einsatzort jedoch auch in der pflegerischen Praxis finden und nicht ausschließlich im Ausbildungs- oder Managementbereich (Winter et al. 2005). Bisher erfasst die Akademisierung der Pflege also vor allem die Leitungskräfte, aber nicht die Pflegepraxis. Es sollte erwogen werden, ob sich internationale Modelle, z. B. im Bereich des Advanced Nursing Practice (s. Exkurs in Abschnitt 2.6), zumindest teilweise auf Deutschland übertragen lassen. Die Forderung nach einer zunehmenden Akademisierung der Pflege verbindet sich zugleich mit Prozessen der Arbeitsteilung in der Pflege auf unterschiedlichen Niveaus (Schaeffer 2002). Eine entsprechende Forderung kann auch für andere Gesundheitsberufe erhoben werden, wobei eine klare Zuweisung und Abgrenzung der Aufgaben der verschiedenen Ausbildungsniveaus (z. B. zwischen den an Schulen des Gesundheitswesens Ausgebildeten und den akademisch Ausgebildeten) sinnvoll erscheint. Für die Berufsgruppen würden sich damit Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten ergeben.

83. Schließlich bietet der Fort- und Weiterbildungsmarkt eine Fülle von gesetzlich gar nicht geregelten Angeboten. Deren Zahl wird auf über 1 000 geschätzt (Becker 2002). Diese Fülle an Angeboten ist für den Fortbildungswilligen nicht zu überschauen. Inhaltliche Standards und eine Qualitätssicherung der Fortbildung fehlen.

[14] Diese Zählung basiert auf der Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen vom 28. Juni 2005, Bundesanzeiger Jahrgang 57, Nummer 218a.

Tabelle 1

Regelung der beruflichen Erstausbildung ausgewählter[a)] Gesundheitsberufe und Berufe im Gesundheitswesen

Beruf	Aufgabe	Rechts-grundlage der Ausbildung	Dauer der Ausbildung in Monaten
Altenpflegehelfer/in	Unterstützende Tätigkeit in der Altenpflege	landesrechtlich	12-36
Altenpfleger/in	Beratung, Begleitung und Pflege hilfsbedürftiger alter Menschen	bundesrechtlich	36
Apotheker/in	Lagerung, Abgabe, Entwicklung, Herstellung, Prüfung und Risikoerfassung von Arzneimitteln, Beratung und Information	bundesrechtlich	48
Arzt/Ärztin	Ausübung der Heilkunde	bundesrechtlich	75
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in	Entwicklung der Atem- und Stimmtechnik, Therapie von Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	landesrechtlich	36
Diätassistent/in	Zusammenstellung, Berechnung und Zubereitung von Diätkost	bundesrechtlich	36
Ergotherapeut/in	Förderung alltagspraktischer Krankheitsbewältigung	bundesrechtlich	36
Fachkraft für Pflegeassistenz	Hauswirtschaftliche und soziale Betreuung kranker, behinderter und alter Menschen, grundpflegerische Versorgung	landesrechtlich	36
Gesundheits- und Kinderkranken-pfleger/in	Pflege und Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, Assistenz bei Untersuchung und Behandlung, Dokumentation	bundesrechtlich	36
Gesundheits- und Krankenpflege-helfer/in	Unterstützung examinierter Pflegefachkräfte, Assistenz bei Diagnostik und Therapie, zuständig für Sauberkeit und Hygiene	landesrechtlich	12
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Pflege und Versorgung, Assistenz bei Untersuchung und Behandlung, Dokumentation	bundesrechtlich	36
Hebamme und Entbindungshelfer	Geburtshilfe, Betreuung von Schwangerschaft und Wochenbett, Versorgung Neugeborener	bundesrechtlich	36
Heilpraktiker/in 1. mit Vollzulassung 2. für Psychotherapie	Ausübung der Heilkunde	keine[c]	keine gesetzlichen Vorgaben
Kardiotechniker/in	Technische Aufgaben bei Herz-Lungen-Operationen	landesrechtlich	24
Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	Organisation von Geschäfts- und Leistungsprozessen, Entwicklung von Dienstleis-tungsangeboten, Aufgaben im Qualitätsmanagement und Marketing	bundesrechtlich nach BBiG	36
Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in	Ausübung der Heilkunde bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen	bundesrechtlich	36[b)]

noch Tabelle 1

Beruf	**Aufgabe**	**Rechts-grundlage der Ausbildung**	**Dauer der Ausbildung in Monaten**
Kranken- und Altenpflegehelfer/in	Unterstützende Tätigkeit in der Altenpflege und Fachpflege	landesrechtlich	18
Krankenpflegehelfer/in	Unterstützung examinierter Pflegefachkräfte, Assistenz bei Diagnostik und Therapie, zuständig für Sauberkeit und Hygiene	landesrechtlich	12
Logopäde/in	Stimm-, Sprech- und Sprachbehandlung	bundesrechtlich	36
Masseur/in und medizinischer Bademeister/in	Massagen, physikalische Therapie, medizinische Bäder	bundesrechtlich	30
Medizinische/r Dokumentar/in	Informationsbeschaffung, -management und -verarbeitung, Dokumentationsaufgaben in Forschung und Entwicklung	landesrechtlich	36
Medizinische/r Dokumentations-assistent/in	Patientenaktenarchivierung, patientennahe Verwaltung, Datenerfassung und -auswertung	landesrechtlich	24-36
Medizinische/r Fachangestellte/r (bis Mitte 2006: Arzthelfer/in)	Unterstützung von Ärzten bei allen Tätigkeiten in der Praxis. Empfang und Betreuung von Patienten, Organisation der Praxisabläufe, Assistenz bei Untersuchung und Behandlung	bundesrechtlich nach BBiG	36
Medizinische/r Sektions- und Präparationsassistent/in	Herstellung medizinischer Präparate	landesrechtlich	12
Medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Funktionsdiagnostik mit medizinischen Geräten	bundesrechtlich	36
Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in	Laboruntersuchungen und ggf. Assistenz bei Probenentnahme	bundesrechtlich	36
Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in	Röntgendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin nach ärztlicher Anweisung	bundesrechtlich	36
Motopäde/in und Mototherapeut/in	Behandlung von Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen	landesrechtlich	12-24
Neuro-otologische/r Assistent/in	Mithilfe bei Diagnostiken von Krankheiten des Hör-, Gleichgewichts-, Riech- und Geschmackorgans, der Gesichtsnerven, Nasen- und Lungenventilationsleistung und Versorgung mit Hörhilfen	landesrechtlich	36
Operationstechnische/r Assistent/in	Betreuung von Patienten vor und nach der OP, Vorbereitung von Operationseinheiten, Assistenz bei der OP	landesrechtlich	36
Orthoptist/in	Mitwirkung bei Prävention, Diagnostik und Therapie von Sehstörungen	bundesrechtlich	36

noch Tabelle 1

Beruf	Aufgabe	Rechts-grundlage der Ausbildung	Dauer der Ausbildung in Monaten
Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r (PKA)	Kaufmännisch-organisatorische Aufgaben in der Apotheke, Warenbewirtschaftung, Lagerhaltung, Lageroptimierung	bundesrechtlich nach BBiG	36
Pharmazeutisch-technische/r Assistenten/in (PTA)	Unterstützen Apotheker bei der Prüfung und Herstellung von Arzneimitteln, Wirk- und Hilfsstoffen, Verkauf	bundesrechtlich	30
Physiotherapeut/in	Physikalische Therapie	bundesrechtlich	36
Podologe/in	Medizinische Fußpflege	bundesrechtlich	24
Psychologische/r Psychotherapeut/in	Ausübung der Heilkunde bei psychischen und psychosomatischen Störungen	bundesrechtlich	36[b]
Rettungsassistent/in	Erste Hilfe am Notfallort, lebensrettende Sofortmaßnahmen	bundesrechtlich	24
Rettungssanitäter/in	Vorbereitung von Rettungseinsätzen und Krankentransporten, Hilfeleistungen bei Kranken oder Verletzten	landesrechtlich	3-5
Zahnarzt/Zahnärztin	Ausübung der Zahnheilkunde	bundesrechtlich	65
Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r	Unterstützung von Zahnärzten bei allen Tätigkeiten in der Praxis. Empfang und Betreuung von Patienten, Organisation der Praxisabläufe, Assistenz bei Untersuchung und Behandlung	bundesrechtlich nach BBiG	36
Zytologie-Assistent/in	Aufbereitung und Untersuchung von Zellproben	landesrechtlich	24

a) Wie oben beschrieben ist die Abgrenzung der Gesundheitsberufe und Berufe im Gesundheitswesen schwierig. Es kann hier nur eine Auswahl dargestellt werden.
b) Bundesweit geregelte Ausbildung, die auf einem Hochschulstudium der Psychologie basiert.
c) Es existieren keine Regelungen über Ausbildungsvoraussetzungen, Dauer oder Inhalt der Ausbildung. Das Heilpraktikergesetz definiert lediglich, dass, wer die Heilkunde ausüben will, ohne als Arzt bestallt zu sein, einer Erlaubnis bedarf.

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.3 Personelle Ressourcen im Gesundheitswesen

84. Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Gütern und Diensten zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei (SG 1996, Ziffer 297ff.; GA 2000/2001, II, Ziffer 67f.). Neben Gesundheitsberufen sind auch zahlreiche andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen tätig wie Kurierdienste, Reinigungs- oder Küchenpersonal.

85. Die nachfolgenden Zahlen entstammen – wenn nicht anders vermerkt – der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2007). Sie liegt ab dem Jahr 1997 vor. Da vor 1997 die Beschäftigtenzahlen der nicht-ärztlichen Heilberufe nach einer anderen Methode erfasst wurden, lassen sich Zeitreihen erst ab 1997 erstellen. Methodischer Ausgangspunkt der GPR ist die Abgrenzung des Gesundheitswesens nach dem ‚System of Health Accounts' der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Nach dieser Definition zählen sämtliche Institutionen und Personen des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung zum Gesundheitswesen. Tätigkeiten aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Umwelt fließen nur in die Rechnung ein, wenn sie primär der Sicherung, Vorbeugung oder Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Demnach werden beispielsweise Altenwohnheime oder Fitnesseinrichtungen nicht zum Gesundheitswesen gezählt (Statistisches Bundesamt 2004). Das bedeutet, dass die GPR nicht primär über die Gliederung der Berufe, sondern über die Definition der Einrichtungen im Gesundheitswesen erfolgt.

Eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Gesundheitsberufe ist nur teilweise möglich. Dies hängt damit zusammen, dass das Statistische Bundesamt bei der Abgrenzung der Berufe der Berufsklassifikation der Bundesagentur für Arbeit von 1992 folgt. Damit entspricht die Einteilung der dargestellten Berufsgruppen nicht immer den neuesten berufsgesetzlichen Regelungen und den Entwicklungen des Arbeitsmarkts. Eine Reklassifikation der Berufsgruppen wirft jedoch immer Probleme der Vergleichbarkeit auf. Zahlreiche nicht-ärztliche Gesundheitsberufe lassen sich also in der Statistik nicht einzeln, sondern nur auf aggregiertem Niveau darstellen. Dies gilt insbesondere für kleinere Berufsgruppen oder relativ neue Berufe, für die keine Einzelaussagen über die Personalentwicklungen getroffen werden können.

86. Die Zahl der Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen lag im Jahr 2005 bei 4,3 Millionen. Dies entsprach einem Anteil von 11 % aller Erwerbstätigen in Deutschland. Von 1997 bis 2005 erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt um 157 000 Personen bzw. um 3,8 % (Tabelle 2). Bei Umrechnung der Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente zeigte sich für diesen Zeitraum jedoch eine leichte Abnahme der Beschäftigten um 1,3 % (Tabelle 3). Es kann also auf einen Anstieg der Teilzeitbeschäftigten im Gesundheitswesen geschlossen werden. So waren denn auch im Jahr 2005 29,2 % der Beschäftigten in Teilzeit tätig gegenüber 24,3 % im Jahr 1997 (Tabelle 5). Im Jahr 2005 lag der Frauenanteil bei 72,3 % (gegenüber 70,8 % im Jahr 1997) (Tabelle 4). Weibliche Beschäftigte sind also überproportional im Gesundheitswesen vertreten, nur in den akademischen Heilberufen Arzt und Zahnarzt waren mehr Männer als Frauen beschäftigt. Mit 95,3 % waren fast alle Teilzeitbeschäftigten im Gesundheitswesen im Jahr 2005 Frauen.

87. In Gesundheitsdienstberufen, also unmittelbar in der Versorgung des Patienten, arbeiteten im Jahr 2005 2,58 Millionen Beschäftigte bzw. 2 Millionen Vollzeitäquivalente.[15] Im Vergleich zu 1997 bedeutete dies einen Anstieg von 13 % bzw. eine Steigerung von 7,8 % bei den Vollzeitäquivalenten. Verglichen mit den Entwicklungen der Personalzahlen aller Beschäftigten im Gesundheitswesen liegt hier also eine deutliche Steigerung vor. Der Frauenanteil in den Gesundheitsdienstberufen war sogar noch höher als unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt. Er lag 2005 bei 80 % und ist damit gegenüber 1997 relativ konstant (79,2 %). Der Anteil der Teilzeitkräfte lag im Jahr 2005 bei den Ärzten (14,3 %) und Zahnärzten (9,2 %) deutlich niedriger als bei den nicht-akademischen Heilberufen. In Gesundheitsdienstberufen waren zum überwiegenden Teil Frauen teilzeitbeschäftigt (92,9 %).

88. Die größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsdienstberufen war mit 699 000 Beschäftigten im Jahr 2005 diejenige der Gesundheits- und Krankenpflege (inklusive Gesundheits- und Kinderkrankenpflege), die 27 % des Gesundheitsdienstpersonals ausmachte. Von 1997 bis 2005 zeigte sich in dieser Berufsgruppe nur ein leichter Anstieg von 2,9 %. Bei Umrechnung in Vollzeitkräfte ergab sich dagegen sogar ein leichter Beschäftigtenrückgang von 1,5 %. Der Frauenanteil in dieser Berufsgruppe lag 2005 bei 85,3 % und blieb damit gegenüber 1997 (84,7 %) fast unverändert. Der Anteil der Teilzeitkräfte lag 2005 bei gut einem Drittel aller Beschäftigten. Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn allein die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen der stationären Pflegekräfte betrachtet wird (s. auch Kapitel 4).[16] Hier kam es im Zeitraum von 1997 bis 2005 zu einem wesentlich stärkeren Rückgang der Personalzahlen, nämlich von 420 306 im Jahr 1997 auf 393 186 im Jahr 2005 und damit um 6,5 %. Bei einer Umrechnung in Vollkräfte war in diesem Zeitraum sogar eine Abnahme von 11,4 % zu verzeichnen.

---

[15] An dieser Stelle ergeben sich Differenzen zu den Zahlen der Gesundheitspersonalrechnung, da das Statistische Bundesamt die Altenpfleger im Gegensatz zum Sachverständigenrat nicht zu den Gesundheitsdienstberufen, sondern zu den sozialen Berufen rechnet.

[16] Diese Zahlen sind den Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes und nicht der GPR zu entnehmen. Es ist zu beachten, dass hier Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte und die Pflegehilfe zusammengefasst werden. Weiterhin ist unter dieser Gruppe nur das Personal zusammengefasst, das direkt in der Patientenversorgung, sozusagen am Patientenbett, tätig ist.

89. Die Gruppe der Helfer in der Krankenpflege (die sich nur aggregiert mit der Gruppe der Rettungsassistenten betrachten lässt) verzeichnete von 1997 bis 2005 sowohl bei den Beschäftigtenzahlen (+ 8,9 %) als auch bei den Vollzeitäquivalenten (+ 7,9 %) eine Zunahme. Mit 220 000 Beschäftigten im Jahr 2005 handelte es sich um die fünftgrößte Gruppe der Gesundheitsdienstberufe. Der Frauenanteil lag hier deutlich niedriger als in der Gesundheits- und Krankenpflege (75 % im Jahr 2005), der Anteil der Teilzeitbeschäftigten war jedoch ähnlich hoch (33,2 %).

90. Einen sehr starken Beschäftigtenzuwachs erlebte die Gruppe der im Gesundheitswesen tätigen Altenpflegekräfte und Altenpflegehilfskräfte. Die Personalzahlen stiegen zwischen 1997 und 2005 von 199 000 auf 310 000 bzw. um 55,8 %. Bei Umrechnung in Vollzeitkräfte betrug diese Zunahme immerhin noch 38,2 %. Beinahe neun von zehn Beschäftigten im Jahr 2005 waren Frauen. Der Anteil an Teilzeitkräften lag mit 43,9 % deutlich höher als unter den Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen insgesamt. Bei diesen Zahlen handelt es sich nicht um die absoluten Beschäftigtenzahlen der Altenpfleger und Altenpflegerinnen, sondern nur um diejenigen, die laut Definition des Statistischen Bundesamtes im Gesundheitswesen tätig sind. Dazu werden beispielsweise nicht die Beschäftigten in Altenwohnheimen gezählt. Es kann also lediglich geschlussfolgert werden, dass Altenpflegekräfte verstärkt in Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt werden und damit möglicherweise die Multiprofessionalität zugenommen hat, nicht jedoch, dass auf dem Arbeitsmarkt mehr Altenpflegekräfte zur Verfügung stehen.

91. Die Zahl der Ärzte stieg von 1997 bis 2005 von 283 000 auf 308 000 um 8,8 %. Auch bei Umrechnung in Vollzeitäquivalente ergab sich ein entsprechender Anstieg. Im Vergleich zu 1980 (173 000 Ärzte) wuchs die Beschäftigtenzahl bis 2005 sogar um 78 %. Der Anteil der weiblichen Beschäftigten unter den Ärzten nahm von 1997 (36 % Frauen) bis 2005 (39,3 % Frauen) moderat zu. Damit lag der Frauenanteil unter den Berufsausübenden jedoch deutlich unter jenem der Studienanfänger im Fach Humanmedizin (65,5 %) im Wintersemester 2005/2006 (Statistisches Bundesamt 2007). Teilzeitbeschäftigt waren im Jahr 2005 lediglich 14,3 % aller beschäftigten Ärzte, womit der Anteil deutlich unter dem Durchschnittsanteil aller Gesundheitsdienstberufe lag. Der überwiegende Anteil der Teilzeitkräfte war weiblich (70,5 %).

92. Die Beschäftigtenzahl der medizinischen Fachangestellten lag 2005 mit 320 000 zwar über der Zahl der Ärzte, bei Umrechnung in Vollzeitäquivalente war diese Berufsgruppe mit 241 000 Vollzeitkräften jedoch deutlich kleiner. Zwischen 1997 und 2005 stieg die Beschäftigtenzahl um 3,6 % an, die Zahl der Vollzeitäquivalente hingegen sank in diesem Zeitraum um 3,6 %. Im Beruf waren beinahe ausschließlich Frauen tätig (98,8 % im Jahr 2005). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten lag 2005 bei knapp einem Drittel aller Beschäftigten.

93. Den größten Beschäftigtenzuwachs zwischen 1997 und 2005 erlebten die Berufsgruppen der Physiotherapeuten (von 49 000 auf 81 000 bzw. um + 65,3 %) und der therapeutischen Berufe a.n.g.[17] (von 40 000 auf 69 000 bzw. um + 72,5 %). Auch bei Umrechnung in Vollkräfte zeigt sich ein ähnlich hoher Anstieg um 57,5 % bzw. um 71 %. Leider lässt sich letztere Gruppe nicht weiter in Einzelberufe aufschlüsseln, so dass unklar ist, welche Berufe im Einzelnen Personalzuwächse erfuhren.

[17] Anderweitig nicht genannt.

Tabelle 2

Beschäftigte im Gesundheitswesen von 1997 bis 2005 in 1 000

	1997	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**Veränderung 1997-2005 in %**
Ärzte	283	287	291	295	298	301	304	306	308	*8,8*
Apotheker	54	54	55	55	55	56	55	56	56	*3,7*
Zahnärzte	62	62	63	63	64	64	65	65	65	*4,8*
medizinische Fachangestellte	309	306	304	304	305	313	315	319	320	*3,6*
zahnmedizinische Fachangestellte	181	182	182	185	187	193	195	199	201	*11,0*
Diätassistenten	11	11	11	11	12	12	13	13	14	*27,3*
Heilpraktiker	13	13	13	13	14	15	17	18	19	*46,2*
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassist.)	202	202	203	208	222	222	224	221	220	*8,9*
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte)	679	680	678	683	685	692	695	696	699	*2,9*
Hebammen	15	16	16	16	17	17	18	18	18	*20,0*
Masseure, med. Bademeister	57	57	56	55	55	56	58	57	58	*1,8*
Physiotherapeuten	49	54	59	61	66	71	77	77	81	*65,3*
medizinisch-techn. Assistenten	88	87	86	86	86	87	86	86	86	*– 2,3*
pharmazeutisch-technische Assistenten	41	44	44	47	48	50	51	52	55	*34,1*
therapeutische Berufe a.n.g. (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)	40	42	46	51	54	57	60	65	69	*72,5*
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	199	211	228	242	262	276	288	298	310	*55,8*
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	2.284	2.308	2.335	2.376	2.431	2.482	2.521	2.545	2.580	*13,0*
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	4.107	4.106	4.103	4.087	4.137	4.187	4.230	4.237	4.264	*3,8*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007

Tabelle 3

Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten im Gesundheitswesen von 1997 bis 2005 in 1 000

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Veränderung 1997-2005 in %
Ärzte	257	262	264	266	269	272	274	279	278	*8,2*
Apotheker	46	45	46	46	45	46	45	45	45	*– 2,2*
Zahnärzte	59	60	60	60	61	61	61	62	61	*3,4*
medizinische Fachangestellte	250	247	243	241	240	244	243	242	241	*– 3,6*
zahnmedizinische Fachangestellte	148	148	147	148	148	151	152	153	153	*3,4*
Diätassistenten	9	9	9	8	9	9	10	10	10	*11,1*
Heilpraktiker	9	9	9	9	9	10	12	12	13	*44,4*
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassist.)	152	151	152	155	168	166	172	166	164	*7,9*
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte)	518	517	514	515	519	513	523	512	510	*– 1,5*
Hebammen	13	13	13	13	14	14	14	14	14	*7,7*
Masseure, med. Bademeister	47	47	47	45	46	46	48	46	46	*– 2,1*
Physiotherapeuten	40	44	47	50	53	58	62	61	63	*57,5*
medizinisch-techn. Assistenten	71	69	68	68	68	67	68	66	66	*– 7,0*
pharmazeutisch-technische Assistenten	33	35	35	36	36	38	39	40	43	*30,3*
therapeutische Berufe a.n.g. (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)	31	33	36	40	42	45	48	51	53	*71,0*
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	173	184	199	211	212	220	228	235	239	*38,2*
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	1.856	1.871	1.888	1.911	1.940	1.960	1.999	1.995	2.000	*7,8*
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	3.346	3.325	3.305	3.275	3.302	3.318	3.363	3.329	3.303	*– 1,3*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007

Tabelle 4

Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Geschlecht

	1997			**2005**		
	Beschäftigte insg. in 1.000	**davon Frauen**	**Anteil Frauen in %**	**Beschäftigte insg. in 1.000**	**davon Frauen**	**Anteil Frauen in %**
Ärzte	283	102	*36,0*	308	121	*39,3*
Apotheker	54	33	*61,1*	56	36	*64,3*
Zahnärzte	62	22	*35,5*	65	25	*38,5*
medizinische Fachangestellte	309	305	*98,7*	320	316	*98,8*
zahnmedizinische Fachangestellte	181	180	*99,4*	201	200	*99,5*
Diätassistenten	11	10	*90,9*	14	13	*92,9*
Heilpraktiker	13	9	*62,2*	19	14	*73,7*
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassist.)	202	154	*76,2*	220	165	*75,0*
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte)	679	575	*84,7*	699	596	*85,3*
Hebammen	15	15	*100,0*	18	18	*100,0*
Masseure, med. Bademeister	57	32	*56,1*	58	34	*58,6*
Physiotherapeuten	49	43	*87,8*	81	68	*84,0*
medizinisch-techn. Assistenten	88	82	*93,2*	86	80	*93,0*
pharmazeutisch-technische Assistenten	41	40	*97,6*	55	54	*98,2*
therapeutische Berufe a.n.g. (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)	40	33	*82,5*	69	57	*82,6*
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	199	174	*87,4*	310	270	*87,1*
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	2.284	1.811	*79,2*	2.580	2.065	*80,0*
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	4.107	2.901	*70,8*	4.264	3.082	*72,3*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007

Tabelle 5

Teilzeitbeschäftigte nach Geschlecht 2005

	Beschäftigte insg. in 1.000	Teilzeitkräfte in 1.000	Anteil Teilzeitkräfte in %	Teilzeitbesch. Frauen in 1.000	Anteil weibliche Teilzeitkräfte in %
Ärzte	308	44	*14,3*	31	*70,5*
Apotheker	56	14	*25,0*	12	*85,7*
Zahnärzte	65	6	*9,2*	4	*66,7*
medizinische Fachangestellte	320	95	*29,7*	94	*98,9*
zahnmedizinische Fachangestellte	201	60	*29,9*	59	*98,3*
Diätassistenten	14	4	*28,6*	4	*100,0*
Heilpraktiker	19	7	*36,8*	6	*85,7*
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassist.)	220	73	*33,2*	66	*90,4*
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte)	699	237	*33,9*	224	*94,5*
Hebammen	18	6	*33,3*	6	*100,0*
Masseure, med. Bademeister	58	14	*24,1*	11	*78,6*
Physiotherapeuten	81	20	*24,7*	19	*95,0*
medizinisch-techn. Assistenten	86	26	*30,2*	25	*96,2*
pharmazeutisch-technische Assistenten	55	18	*32,7*	18	*100,0*
therapeutische Berufe a.n.g. (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)	69	24	*34,8*	22	*91,7*
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	310	136	*43,9*	127	*93,4*
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	2.580	784	*30,4*	728	*92,9*
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	4.107	1.198	*29,2*	1.142	*95,3*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007

2.2.4 Formen der Zusammenarbeit

94. Die beruflichen Rollen der einzelnen Gesundheitsberufe sind nicht statisch, sondern verändern sich im Laufe der Zeit als Reaktion auf externe und interne Anforderungen. Demographische Veränderungen, medizinisch-technischer Fortschritt, mündigere Patienten, innovative Versorgungsabläufe, Professionalisierungsbestrebungen oder neue Formen der Zusammenarbeit der Berufe, um nur einige Beispiele zu nennen, erfordern Modifizierungen des beruflichen Handelns der Einzelprofessionen. Aus Sicht der Einzelberufe (intra-professionelle Sicht) können in diesem Prozess erstens neue Aufgabengebiete hinzukommen, die das Tätigkeitsspektrum erweitern (Diversifikation bzw. Enhancement). Zweitens kann eine Spezialisierung auf bestimmte Aufgaben erfolgen, wodurch sich das Tätigkeitsspektrum verengt und vertiefte Kenntnisse in einem bestimmten Teilbereich erworben werden. Aus einer inter-professionellen Sicht können entweder Aufgaben auf andere Berufe verlagert werden oder Aufgaben von anderen Berufen übernommen werden. Dies kann durch Substitution bzw. Delegation geschehen. Substitution kann sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Richtung verlaufen (Nancarrow/ Borthwick 2005).

95. Bei den beruflichen Tätigkeiten der einzelnen Gesundheitsberufe ergeben sich verschieden große Schnittmengen. Die Tätigkeiten, die einzelne Gesundheitsberufe verrichten, können entweder Substitute oder Komplemente zueinander darstellen. Erhalten einzelne Berufe Tätigkeitsvorbehalte, dürfen nur sie die entsprechende Tätigkeit ausführen, was wiederum Tätigkeits-Komplemente erzeugt. Auch begünstigt eine Spezialisierung der Gesundheitsberufe die Entstehung von komplementären Tätigkeiten. Substitution und Delegation von Aufgaben können nur in den Bereichen stattfinden, in denen Kompetenzschnittmengen von zwei Berufen bestehen.

96. Diversifikation/Enhancement bedeutet die Ausweitung der ursprünglichen Aufgaben einer bestimmten Berufsgruppe (Watts et al. 2001). Dabei werden entweder neue Aufgabengebiete erschlossen oder Möglichkeiten geschaffen, bestehende Aufgaben auf eine innovative Weise auszuführen. Diversifikation/Enhancement ist z. B. im Zusammenhang mit der Einführung neuer Technologien oder neuer Behandlungsverfahren denkbar.

97. Spezialisierung bedeutet, die eigenen Tätigkeiten innerhalb eines größeren Rahmens auf ein bestimmtes Gebiet zu konzentrieren (Duden 1999). Im Kontext von Berufsbildern werden dabei zusätzliche Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen in einem oder mehreren Teilgebieten des beruflichen Tätigkeitsspektrums auf- oder ausgebaut. Im Verlauf des Spezialisierungsprozesses, der in der Regel spezielle Schulungen erfordert, können zusätzliche (Berufs-)Titel erworben werden.

Je höher die Spezialisierung der einzelnen Berufsgruppen, desto fragmentierter gestaltet sich die Versorgungslandschaft. Zwischen jeder spezialisierten Berufsgruppe und den anderen Berufsgruppen entstehen Schnittstellen, die das Risiko von Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehlern sowie auch Konflikte oder Unklarheiten über Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten bergen. In einer segmentierten Versorgungslandschaft sind generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten und Lotsenfunktionen bzw. Gatekeeper-Rollen übernehmen (z. B. Hausärzte, Case Manager).

98. Substitution wird in der Ökonomie allgemein als das Ersetzen von Gütern oder Produktionsfaktoren verstanden, die gleiche Aufgaben bzw. denselben Zweck erfüllen. Bei der Substitution von Aufgaben werden bestimmte Tätigkeitsinhalte einer Berufsgruppe von einer anderen übernommen. Findet die Substitution zwischen gleichwertigen Ausbildungsgraden statt, wird von horizontaler Substitution gesprochen (z. B. Aufgabenverschiebungen zwischen Facharztgruppen). Bei der vertikalen Substitution kommt es zur Aufgabenverschiebung zwischen ungleichen Ausbildungsgraden, z. B. zwischen akademischen und nicht-akademischen Berufen. Eine vertikale Substitution kann zur Veränderung des Entgeltes für die substituierte Tätigkeit führen. Eine Substitution ist nur möglich, wenn die entsprechenden Aufgaben nicht durch Tätigkeitsvorbehalte geschützt sind.

99. Der Begriff der Delegation hingegen stammt aus dem juristischen Kontext. Dabei ist Delegation eine Übertragung von beruflichen Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere, wobei die Übertragung jeweils angeordnet wird. Delegation führt also zur Substitution, es kommt jedoch nicht zu einem dauerhaften Übergang des Tätigkeitsinhalts auf eine andere Berufsgruppe, sondern sie kann zurückgenommen werden. In Deutschland ist der Begriff der Delegation im Zusammenhang mit Aufgabenverschiebungen wesentlich gebräuchlicher als jener der Substitution. Von Delegation wird insbesondere im Zusammenhang mit der Übergabe ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliche Berufsgruppen, und hier wiederum insbesondere an die Pflege, gesprochen.

100. Diversifizierung, Spezialisierung, Substitution und Delegation erfordern im Vorfeld häufig eine spezielle Schulung der Berufsausübenden. Substitution und Delegation werden dadurch vereinfacht, dass ähnliche Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalte von Berufsgruppen bestehen. Interprofessionelle, gestufte Ausbildungs- bzw. Studienmodelle könnten die Übergabe von Aufgaben an andere Berufsgruppen erleichtern (s. auch Abschnitt 2.7.4).

Substitution und Delegation können Beschäftigungsengpässe auf dem Arbeitsmarkt auffangen, indem bestimmte Aufgaben von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Sie verringern die Arbeitsbelastung der Berufsgruppe, die Aufgaben abgibt. So kommt es beispielsweise zu einer Arbeitsentlastung von Ärzten im administrativ-bürokratischen, stationären Bereich, wenn DRG-Dokumentations-Assistenten beschäftigt werden. Dadurch bleibt mehr Zeit für die Kommunikation mit den Patienten und die Behandlung. Auch kann mehr Zeit in die Ausbildung von Ärzten in Weiterbildung, Studierenden oder

Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe investiert werden. Die berufliche Zufriedenheit könnte sowohl auf Seiten der abgebenden als auch auf Seiten der übernehmenden Berufsgruppe zunehmen und, damit einhergehend, die Attraktivität des jeweiligen Berufs steigern. Ob Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit durch eine Neuordnung der Zusammenarbeit zu- oder abnehmen, hängt schwergewichtig von der jeweiligen Ausgestaltung, z. B. der Organisation der neuen Strukturen und flankierenden Schulungsmaßnahmen, ab. Das Gleiche gilt für die Leistungsausgaben, die im Zuge einer Neuordnung zu- oder abnehmen können. Gefahren der Substitution und Delegation liegen in möglichen Leistungsausweitungen. Weiterhin kann die Patientensicherheit durch Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler abnehmen. Dies steht in einem engen Zusammenhang mit neuen Schnittstellen, die insbesondere entstehen könnten, wenn neue Gesundheitsberufe in die Versorgung einbezogen werden. Für die abgebende Berufsgruppe könnte die Tätigkeitsübertragung mit einem Verlust von Erfahrung einhergehen. Auch könnte die Versuchung bestehen, insbesondere unliebsame Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen abzuwälzen, und sich nicht allein an der Funktionalität zu orientieren. Tabelle 6 fasst mögliche Vor- und Nachteile von Tätigkeitsübertragungen (also sowohl einer Substitution wie auch einer Delegation) zusammen. Leitlinien im Allgemeinen und Behandlungspfade (Clinical Pathways) als Sonderform können integrative Elemente der Leistungserbringung fördern und die Tätigkeitsverschiebung sowie die Arbeitsteilung erleichtern (Schrappe 2005). Dies gilt für den stationären Bereich unter DRG-Bedingungen ebenso wie für sektorübergreifende Versorgungsformen. Auch moderne Kommunikationstechniken und Netzwerktechnologien ermöglichen neue Organisationsformen, die Gefahren einer Tätigkeitsübertragung für den Patienten eindämmen können.

101. Die Auffassungen darüber, in welchem Ausmaß ärztliche Aufgaben übertragbar sind, gehen weit auseinander. Ein Review identifiziert Angaben zwischen 25 % und 70 % (Richardson et al. 1998). Ein Gutachten im Auftrag der britischen Regierung kommt zu dem Ergebnis, dass in Anbetracht gegenwärtiger und zukünftig zu erwartender personeller Engpässe in der Gesundheitsversorgung 20 % der ärztlichen Arbeit an examinierte Pflegekräfte und 12,5 % der Tätigkeiten von examinierten Pflegekräften an Hilfskräfte übergehen sollten (Wanless 2002).

Tabelle 6

Vor- und Nachteile einer Tätigkeitsübertragung

Mögliche Vorteile	Mögliche Nachteile
Arbeitsentlastung	Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler
Auffangen personeller Engpässe	Entstehung neuer Schnittstellen im Gesundheitswesen
Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit (z. B. durch eine höhere Prozessroutine)	Verschlechterung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit
Neue Karrieremöglichkeiten für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen	Verlust von Erfahrungen
Steigerung der Attraktivität des Berufs	Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen (‚dirty work‘, Hughes 1958)
Erhöhung der Arbeitszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen	Leistungs- und damit Ausgabenausweitung
Mehr Möglichkeiten zur Förderung individueller Kompetenzen	Rechtsunsicherheit
Flexibilisierung der Versorgung	
Kostenreduktion der Gesundheitsversorgung	
Stärkung des Teamgedankens	

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.5 Rechtliche Rahmenbedingungen der Aufgabenverteilung[18]

102. Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe beeinflussen die Zusammenarbeit maßgeblich. Diese sind zum großen Teil historisch gewachsen, wie nachfolgender Exkurs illustriert.

Resultat dieser historischen Entwicklungen ist eine starke Position der ärztlichen Profession im deutschen Gesundheitswesen. Dies bestätigt sich auch im internationalen Vergleich beispielsweise mit angelsächsischen und skandinavischen Ländern sowie den Niederlanden.

[18] Bei der Erstellung dieses Abschnittes hat der Rat Rechtsgutachten von Prof. Hart und Prof. Schreiber eingeholt.

Exkurs: Historische Entwicklung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen

Bereits im Jahr 1911 wurde durch Regelungen des Sozialrechts eine Vorrangstellung der ärztlichen Profession gegenüber nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen festgeschrieben (Döhler 1997). Mit Verabschiedung der Reichsversichertenverordnung (RVO) 1911 erhielt die Ärzteschaft die alleinige Kompetenz, Krankheit und Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Ärztliche Behandlung hatte fortan durch approbierte Ärzte zu erfolgen. Leistungen durch andere Gesundheitsberufe durften bzw. mussten nur gewährt werden, wenn sie durch den Arzt verordnet wurden. Durch diese Regelung begann eine Marktschließung zu Gunsten der Ärzteschaft.[19] Die Grundstrukturen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe entstanden damit im ambulanten Bereich; stationäre Leistungsausgaben machten zu dem Zeitpunkt lediglich einen geringen Anteil (15 % im Jahr 1929) der Gesamtausgaben in der GKV aus. Die Beziehungsstrukturen des ambulanten Sektors wurden später auf den stationären Sektor übertragen.

Die sozialrechtlichen Weichenstellungen erfolgten vor einer Verabschiedung einzelner Berufsgesetze für Gesundheitsberufe. Später kam es dann für die akademischen Heilberufe des Arztes, Zahnarztes und Tierarztes unter dem Berufsrecht zum Schutz bestimmter Tätigkeitsdomänen. Das Berufsrecht regelte fortan für diese Berufe sowohl die Berufsausbildung, die Berufsbezeichnung, den Berufszugang und die Berufsausübung. Die Tätigkeit wurde an den Besitz einer bestimmten Berufserlaubnis gebunden. Bei den nicht-akademischen Heilberufen hingegen wurden lediglich Regelungen zum Schutz der Berufsbezeichnung vorgenommen und später auch zur Berufsausbildung. Im Gegensatz zu Großbritannien oder den USA kam es also nicht zur gesetzlichen Schaffung von Tätigkeitsvorbehalten für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, die neue Marktchancen eröffnet hätten (zwei Ausnahmen werden in Abschnitt 2.2.5.1 beschrieben). Es wurden in Deutschland lediglich Rechtsverordnungen erlassen, die zunächst das Verhältnis zur Medizinalverwaltung regelten (Döhler 1997).

Eine weitere Ausweitung des Einflusses, auch im Verhältnis zu den anderen Gesundheitsberufen, erfuhr die ärztliche Profession durch das Gesetz über das Kassenarztrecht im Jahr 1955. Zum einen wurde mit diesem Gesetz die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts geschaffen. Selbstverwaltungsrechte erhielt nur der Beruf des (Zahn-) Arztes (später auch der des Apothekers und in jüngster Zeit auch der des Psychotherapeuten) (s. auch GA 2005 Kapitel I-2). Über die (Zahn-)Ärztekammer konnten die Interessen der (Zahn-) Ärzteschaft institutionalisiert vertreten werden. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu anderen Ländern wie den USA oder Großbritannien, die eine starke Interessenvertretung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe kennen. Zum anderen erhielten Ärzte und Krankenkassen mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Befugnis, Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln zu erstellen. Heilmittelerbringer definieren also nicht selbst den Umfang und Inhalt dessen, was in der GKV als ausreichende und zweckmäßige Leistung zu gelten hat (s. auch Exkurs zu den Mutterschafts-Richtlinien in Abschnitt 2.2.6.1).

Ein weiterer Unterschied für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Vergleich zu den USA oder Großbritannien ergibt sich aus der Regelung der Bedarfsplanung von Leistungserbringern, die in Deutschland seit 1977 lediglich für Vertragsärzte existieren (ohne Abstimmung mit der stationären Bedarfsplanung). Der Bedarf an nicht-ärztlichen Leistungserbringern im ambulanten Bereich wird nicht geplant, denn Ärzte kontrollieren hier den Zugang des Patienten zu diesen Leistungserbringern.

[19] Diese Regelungen sind nicht auf eine erfolgreiche Interessenvertretung einer organisierten Ärztelobby zurückzuführen, sondern ergaben sich primär aus den finanziellen Erwägungen heraus, nur wirksame Leistungen zu vergüten und die Leistungsinanspruchnahme durch Ärzte kontrollieren zu lassen.

103. Das Heilberufsrecht umfasst zum einen Regelungen, die das Recht der Heilberufe spezifisch regeln (z. B. die Bundesärzteordnung). Zum anderen finden sich allgemeine Normen, die für die Berufsaufnahme oder -ausübung relevant sind wie das Strafrecht, Zivilrecht, Haftungsrecht oder GKV-Recht (ausführlich zur Systematik des Berufsrecht s. Schnitzler 2004).[20] Das Heilberufsrecht ist kein abgeschlossenes Rechtsgebiet (Hart/Francke 2006). Es enthält kaum Regelungen über die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe (Schreiber 2006). In der wissenschaftlichen heilberufsrechtlichen Literatur verschwindet das Recht der Heilberufe hinter dem Arztrecht (Hart/Francke 2006). Auf das spezifische und allgemeine Heilberufsrecht soll nachfolgend detaillierter eingegangen werden (zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Berufsausbildung s. Abschnitt 2.2.2).

2.2.5.1 Spezielles Heilberufsrecht

104. Unter das spezielle Heilberufsrecht fallen eine Vielzahl von bundes- und landesrechtlichen Regelungen, neben denen Satzungen, aber auch EG-Richtlinien gelten (Schnitzler 2004). Nachfolgend soll beschrieben werden, welche speziellen Regelungen für Heilberufe existieren, und zwar insbesondere für die Berufsausbildung, die Berufsbezeichnung, den Berufszugang und die Berufsausübung.

105. Am weitesten reichend sind die Regelungen für die akademischen Heilberufe. Hier finden sich sowohl Regelungen der Berufsausbildung und -bezeichnung, des Berufszugang und der Berufsausübung. Bei Ärzten, PPTs, KJPTs und Apothekern ist eine Approbation[21] notwendig, um die Berufstätigkeit unter der spezifischen Berufsbezeichnung ausüben zu können. Diese Berufsgruppen genießen also Berufsschutz. Für Ärzte heißt es beispielsweise in der Bundesärzteordnung, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung ‚Arzt‘ oder ‚Ärztin‘ ist (§ 2 Abs. 5 BÄO). Die Berufsbezeichnung Arzt oder Ärztin wiederum darf nur führen, wer als Arzt approbiert ist (§ 2a BÄO).

106. Als problematisch für die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erweist sich in der Praxis, dass sich keine Norm im deutschen Gesundheitsrecht findet, die das unmittelbare ärztliche Tätigkeitsfeld beschreibt (Hahn 1981). In der Literatur wird jedoch häufig die Definition von Heilkunde im Heilpraktikergesetz (HPG)[22] von 1939 zur Beschreibung herangezogen: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“ (§ 1 Abs. 2 HPG). Diese Definition erscheint jedoch nicht geeignet, das ärztliche Tätigkeitsfeld einzugrenzen, da sie zu weit gefasst ist. Nach dieser Definition müsste der Arzt oder Heilpraktiker sämtliche Versorgungsleistungen selbst erbringen. Auf die Position und die Tätigkeiten der nicht-ärztlichen Heilberufe geht das Gesetz gar nicht ein (Hahn 1981). Somit lässt sich das ärztliche Tätigkeitsfeld nicht eindeutig von dem der anderen Gesundheitsberufe abgrenzen. Auch fehlt im HPG die Nennung von Tätigkeiten, die schwerpunktmäßig im Zusammenhang mit der Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung stehen, die ebenfalls zum Tätigkeitsspektrum der Heilkunde gehören.

107. Bei den nicht-akademischen Heilberufen finden sich nur Regelungen zur Berufsausbildung und zum Schutz der Berufsbezeichnung (Berufsbezeichnungsschutz). Das Berufsbild kann aus den gesetzlich definierten Ausbildungszielen[23] abgeleitet werden (Schnitzler 2004), es ergibt sich jedoch kein Exklusivanspruch auf diese Tätigkeiten. So beschreibt beispielsweise das Krankenpflegegesetz, dass die Ausbildung für die Pflege insbesondere dazu befähigen soll, eigenverantwortlich die Bedarfsfeststellung, Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung der Pflege vorzunehmen. Das Gesetz geht jedoch nicht auf die Berufsausübung der Pflege ein.

108. Neben den Regelungen des Berufsschutzes existieren sogenannte vorbehaltene Tätigkeiten, die lediglich bestimmte Berufe zur Durchführung definierter Tätigkeiten berechtigen. Dabei handelt es sich erstens um die Ausübung der Heilkunde, die nach § 1 Abs. 1 HPG lediglich Ärzten und Personen mit entsprechender Erlaubnis gestattet ist (sog. Heilkundevorbehalt)[24]. Zahnärzten ist die Zahnheilkunde und PPTs sowie KJPTs die heilkundliche Psychotherapie vorbehalten. Zweitens sind pharmazeutische Tätigkeiten und das Aushändigen von Arzneimitteln nur dem pharmazeutischen Personal erlaubt (§ 3 Abs. 5 ApoBO). Drittens stellt die Geburtshilfe[25] gem. § 4 HebG eine vorbehaltene Tätigkeit dar, da sie, abgesehen von Notfällen, nur von Ärzten sowie von Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

[20] Teilweise werden diese beiden Heilberufsrechts-Gebiete auch als direktes und indirektes Berufsrecht bezeichnet (z. B. Igl/Welti 1999).

[21] Nur bei den akademischen Heilberufen wird die staatliche Erlaubnis zur Berufszulassung als Approbation bezeichnet.

[22] Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung, wie das HPG im vollen Wortlaut heißt, zielte ursprünglich darauf ab, den Berufsstand des Heilpraktikers zu beseitigen und damit gegen das ‚Kurpfuschertum‘ vorzugehen. Dies sollte durch ein im Gesetz angelegtes Verbot der Heilpraktikerausbildung und Restriktionen bei der Berufsausübung geschehen. Nach Gründung der Bundesrepublik waren diese Regelungen allerdings nicht mehr haltbar, da sie im Widerspruch zum grundgesetzlich verankerten Prinzip der Freiheit der Berufswahl standen.

[23] Für einige nicht-akademische Heilberufe ist jedoch noch nicht einmal das Ausbildungsziel gesetzlich definiert, z. B. für Ergotherapeuten oder Logopäden. Hier lassen nur die Regelungen über Unterricht und Prüfungen Rückschlüsse auf das dem Gesetzgeber vorschwebende Berufsbild zu.

[24] Daneben gelten Arztvorbehalte für einige besonders gefahrengeneigte Tätigkeiten z. B. im Infektionsschutz, Transplantationswesen oder Embryonenschutz. Auch wird im Zusammenhang mit § 15 SGB V von Arztvorbehalt gesprochen („Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht“) (Höfler 2007).

[25] Definiert als Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs (§ 4 Abs. 2 HebG).

Hebamme bzw. Entbindungshelfer durchgeführt werden darf. Ärzte sind zudem verpflichtet, bei einer Entbindung eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger hinzuzuziehen. Schließlich finden sich verschiedene vorbehaltene Tätigkeiten im MTA-Gesetz wie die technische Aufarbeitung des histologischen und zytologischen Untersuchungsmaterials. Allerdings ist es bestimmten Personengruppen wie Zahnärzten oder Heilpraktikern trotzdem gestattet, diese Tätigkeiten durchzuführen. Zudem sind die Tätigkeitsvorbehalte bei MTAs weder straf- noch bußgeldbewehrt (Schnitzler 2004). Tätigkeitsvorbehalte für nicht-ärztliche Heilberufe existieren also lediglich für Hebammen und MTAs.

Vorbehaltene Tätigkeiten und Berufsschutz wirken für die nicht erwähnten Berufe wie ein Tätigkeitsverbot und beeinflussen somit die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Grundsätzlich sind Tätigkeitsvorbehalte dort sinnvoll, wo sichergestellt werden soll, dass eine bestimmte Ausbildung Voraussetzung für die adäquate Erbringung der entsprechenden Leistung ist. Sie tragen somit zur Qualitätssicherung und zur Erhöhung der Patientensicherheit bei.

109. Wie bereits in Abschnitt 2.2.2 dargestellt erhält der Bund laut Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG die Kompetenz für die Zulassung von ärztlichen und anderen Heilberufen, nicht jedoch für Regelungen über die Ausübung des Berufs. Dies bedeutet aber nicht, dass der Bund in letzterem Bereich gar keine Kompetenzen besitzt. In der Praxis finden sich Regelungen des Bundes, die Einfluss auf die Berufsausübung einzelner Heilberufe ausüben und sich auf andere Kompetenznormen stützen (Schnitzler 2004). Beispiele hierfür sind die Gebührenordnung für Ärzte, bestimmte Regelungen des SGB V[26] oder das Apothekengesetz. Grundsätzlich liegt die Kompetenz zur Erstellung von einzelnen Berufsordnungen jedoch bei den Bundesländern. Ansonsten wird die Berufsausübung der Heilberufe stark durch das Haftungsrecht bestimmt.

2.2.5.2 Allgemeines, heilberufsrelevantes Recht: Sozialrecht

110. Neben dem speziellen Berufsrecht steuert auch das Sozialrecht, das die Integration der Gesundheitsberufe in die GKV und die Finanzierung der Leistungen in der GKV regelt, den Marktzutritt (Döhler 1997). In der gesetzlichen Krankenversicherung räumt das SGB V Ärzten und Zahnärzten eine zentrale Position im Versorgungsgeschehen ein, denn es definiert das (zahn-)ärztliche Verschreibungsmonopol. Laut § 15 Abs. 1 SGB V wird ärztliche oder zahnärztliche Behandlung „von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“ § 28 SGB V definiert dann näher, was unter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung zu verstehen ist.

[26] Beispielsweise regeln §§ 135ff. (Sicherung der Qualität der Leistungserbringung) detailliert die ärztliche Berufsausübung.

111. Eine weitere Zutrittsbarriere für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe stellt die Regelung dar, dass von allen Gesundheitsberufen lediglich Ärzte und Zahnärzte an den Landesausschüssen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) direkt beteiligt werden (§ 90 SGB V ff). Diese entscheiden über den Umfang und Inhalt dessen, was in der GKV als ausreichende und zweckmäßige Leistung angesehen wird (siehe auch GA 2005, II-6.3.1). Dies gilt für Leistungen ärztlicher als auch nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Nicht-ärztliche Leistungserbringer erhalten lediglich die Gelegenheit zur Stellungsnahme (§ 92 Abs. 1b SGB V). Für diese Berufsgruppen könnten sich insbesondere Benachteiligungen ergeben, wenn sie sich ein Marktsegment mit Ärzten teilen und mit diesen um Patienten konkurrieren, wie dies beispielsweise bei Leistungen der Schwangerenvorsorge der Fall sein könnte (s. auch Abschnitt 2.7.2). Die eingeschränkte Beteiligung der anderen Berufsgruppen an den Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung wird von verschiedener Seite kritisiert (z. B. Ebsen 1997).

2.2.5.3 Allgemeines, heilberufsrelevantes Recht: Haftungsrecht

112. Das Haftungsrecht legt fest, wer bei Fehlern haftet. Dabei kann es auch um die Frage gehen, ob eine übernommene Tätigkeit überhaupt zum Aufgabengebiet des Berufstätigen gehört (Bachstein 2005). Es können sich zivilrechtliche (möglicher Schadensersatz für Patienten, es gilt das BGB) oder strafrechtliche (Geld- oder Freiheitsstrafen, es gilt das StGB) Konsequenzen ergeben.

113. Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn der Leistungserbringer bei einer Behandlung die nach dem medizinischen Standard objektiv gebotene Sorgfaltspflicht außer Acht gelassen hat (Jansen 2005). Im Gegensatz dazu liegt bei Organisationsfehlern eine Verletzung der Pflicht zur ordnungsgemäßen Organisation der Behandlungsabläufe durch die Organisation selbst bzw. durch Organisationsverantwortliche vor und spielt insbesondere im Krankenhaus eine wichtige Rolle. Ein Organisationsfehler ist die vertragliche Pflichtverletzung bzw. die deliktische Verkehrspflichtverletzung des Standards der guten Organisation (Hart 2006b).

114. Die Haftung des Krankenhausträgers ergibt sich wie folgt (Hart 2006b):

– gemäß § 823 I BGB für Organisationsmängel,

– gemäß § 823 I i. V. m. §§ 31,89 BGB für Fehler von Organen (ärztliche Direktoren, Klinikleiter, Chefärzte),

– gemäß § 839 I i. V. m. §§ 31,89 BGB bei beamteten Organen und stationärer Behandlung,

– gemäß § 831 BGB für Fehler des sonstigen – auch beamteten – ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals.

– Vertragsrechtlich gilt § 280 I BGB für Organisationsmängel und anschließend gelten parallel zum Deliktsrecht zunächst §§ 31, 89 und dann 278 BGB mit § 20 I BGB.

Ein Geschäftsherr (z. B. Krankenhausträger oder leitender Arzt) ist schadensersatzpflichtig, wenn er andere (z. B. Krankenhauspersonal) zur Verrichtung bestellt, es sei denn, er erfüllt die erforderliche Sorgfalt hinsichtlich der Auswahl, der Anleitung und (zumindest stichprobenartigen) Überwachung des Beauftragten. Ein Organisationsverschulden liegt vor, wenn der Krankenhausträger nicht alle Sorgfaltspflichten erfüllt, um einen ordnungsgemäßen Krankenhausbetrieb zum Ausschluss von Schadensfällen zu gewährleisten. Er hat somit dafür zu sorgen, dass bauliche, technische, organisatorische und personelle Voraussetzungen den Patienten nicht gefährden. Bei der Aufgabenübertragung von einem Krankenhaus-Beschäftigten (z. B. Krankenhausarzt) auf einen anderen (z. B. Assistenzarzt oder Pflegepersonal) haftet die abgebende Person, wenn sie ihrer Anordnungsverantwortung nicht gerecht wird. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sie die Aufgabe überträgt, obwohl sie hätte wissen müssen, dass der Delegationsempfänger zur Ausführung nicht in der Lage ist. Auch hat die übernehmende Person zu prüfen, ob sie die persönlichen Fähigkeiten zur Übernahme besitzt und die Einrichtung (z. B. das Krankenhaus) die sachlichen sowie räumlichen Voraussetzungen zur Einhaltung des zu fordernden Qualitätsstandards erfüllt. Anderenfalls kann eine Haftung auf Grund von Übernahmeverschulden erfolgen (Uhlenbruck/Laufs 2002). Schließlich haftet der nicht-ärztliche Mitarbeiter selbständig, wenn er pflichtwidrig gehandelt hat und schuldhaft (also grob fahrlässig oder vorsätzlich) und rechtswidrig Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit oder ein sonstiges Recht verletzt (§ 823 Abs. 1 BGB). Eine Schadenersatzpflicht entsteht nur, wenn schuldhaft gehandelt wurde (Roßbruch 2003a). Dabei wird – je nach Grad des Verschuldens – in der Rechtssprechung eine Dreiteilung der Haftung vorgenommen:

1. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit haftet der Beschäftigte grundsätzlich voll. Beispiele hierfür bilden eine nicht durchgeführte Dekubitusprophylaxe oder eine Wundversorgung unter eindeutiger Verletzung der Hygienevorschriften.

2. Bei mittlerer Fahrlässigkeit teilt sich die Haftung quotenmäßig zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf.

3. Bei leichter Fahrlässigkeit haftet der Arbeitgeber voll.

115. Ein haftungsrechtlich bedeutsamer Fehler tritt auf, wenn nicht standardgemäß gehandelt wurde. Der medizinische Standard bestimmt dabei den haftungsrechtlichen Standard. Eine Abweichung vom medizinischen Standard guter Behandlung bedeutet also eine Pflichtwidrigkeit (Hart 2005). Dies gilt sowohl für Ärzte als auch für nicht-ärztliche Beschäftigte. Ein Fehler kann sowohl in einem aktiven Tun als auch in einem Unterlassen von gebotenen Maßnahmen (z. B. die Nichtvornahme einer Dekubitusprophylaxe durch das Pflegepersonal) liegen (Roßbruch 2003a).

116. Im Bereich des Haftungsrechts ergeben sich für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe Unklarheiten, die aus undeutlichen Aufgabenabgrenzungen zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere den ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen, resultieren. Es muss dann von Fall zu Fall entschieden werden, ob eine Aufgabenübertragung zulässig war oder nicht. Auch bei bestimmten Tätigkeiten, die bereits heute in eigener Verantwortung von nicht-ärztlichen Heilberufen durchzuführen sind (z. B. bei der Dekubitusprophylaxe, die durch die Pflege durchzuführen ist), herrscht teilweise Unsicherheit.

Delegation von Tätigkeiten

117. In der Praxis der Zusammenarbeit treten insbesondere bei der Delegation ärztlicher Leistungen immer wieder Probleme auf. Ein Grund liegt in einer uneindeutigen Regelung der Delegation. Unter der gegenwärtigen Rechtslage stellen sich bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben in erster Linie haftungsrechtliche Fragen. Hier zeigt sich eine wesentliche Bedeutung des Haftungsrechts als Berufsrecht. Die Entscheidung über die Delegationsfähigkeit einer Tätigkeit richtet sich zunächst nach den Normen des speziellen Berufsrechts, wobei dort nicht immer Regelungen zu finden sind (Hart/Francke 2006).

118. Grundsätzlich müssen im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten drei Fragen beantwortet werden:

– Ist die Tätigkeit überhaupt delegationsfähig? Dabei wird unterschieden zwischen Tätigkeiten, die immer, gar nicht oder bedingt delegationsfähig sind.

– Welche Faktoren beeinflussen die Delegationsfähigkeit von Leistungen? Dabei kommt es insbesondere auf die individuelle Kompetenz und Eignung des Delegationsempfängers an. Es darf nicht zu einer Risikosteigerung für den Patienten führen.

– Was muss der delegierende Arzt beachten? Insbesondere spielt hier die sorgfältige Auswahl und Überwachung des Delegationsempfängers eine wichtige Rolle.

119. In bestimmten Fällen ist der Patient von der Leistungsdelegation in Kenntnis zu setzten. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um abweichende Behandlungsformen handelt und sich das Behandlungsrisiko für den Patienten erhöht (Olzen/Frister 2006). Eine Aufklärung ist auch notwendig, wenn in der Wissenschaft noch umstritten ist, ob die neue Form der Aufgabenteilung zu einer Risikoerhöhung führen kann.

1. Abgrenzung der delegationsfähigen Tätigkeiten

120. Grundsätzlich verpflichtet das Gesetz den Arzt, die ärztliche Behandlung als Dienstleistung persönlich zu erbringen (Uhlenbruck/Laufs 2002). Es steht jedoch außer Frage, dass Ärzte die Gesamtversorgung nicht selbst durchführen müssen – eine Übertragung von bestimmten Aufgaben an ausreichend qualifizierte Mitarbeiter ist möglich. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in einer Stellungnahme im Jahr 1988 zu Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung von Ärzten geäußert. Demnach wird nicht ausgeschlossen, dass Ärzte bestimmte Leistungen

an Personen delegieren dürfen, die unter ihrer Aufsicht und Weisung stehen und die für die Leistungserbringung qualifiziert sind. Ob und in welchem Umfang delegiert werden darf, hänge im Wesentlichen von der Art der Leistung, der Schwere der Krankheit und der Qualifikation der nicht-ärztlichen Berufstätigen ab. Die Stellungsnahme lässt allerdings offen, ab welchem Krankheitsschweregrad eine Delegation als problematisch angesehen wird. Grundsätzlich wird eine Delegation erschwert, wenn die praktische und theoretische Komplikationsdichte und die damit einhergehende Gefährdung des Patienten erhöht sind. Erleichtert wird die Leistungsdelegation, wenn es sich um standardisierte Leistungen bzw. Routineeingriffe mit hohen Fallzahlen handelt (Olzen/Frister 2006).

121. Die Stellungnahme der BÄK/KBV (1988) differenziert zwischen nicht-delegationsfähigen, vom Arzt persönlich zu erbringenden Leistungen, im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen und grundsätzlich delegationsfähigen Leistungen.[27] Nicht delegationsfähige, vom Arzt persönlich zu erbringende Leistungen sind die ärztliche Untersuchung und Beratung des Patienten, invasive diagnostische Eingriffe, die Entscheidung über sämtliche therapeutische Maßnahmen und operative Eingriffe (BÄK/KBV 1988). Zusätzlich werden in der Literatur auch schwierige Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen genannt (Uhlenbruck/Laufs 2002).

122. Grundsätzlich delegationsfähige Leistungen ergeben sich aus den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der einzelnen, nicht-ärztlichen Heilberufe. Sind die zu übertragenden Tätigkeiten fester Bestandteil der Berufsausbildung, muss der anordnende Arzt vor der Delegation nicht Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Einzelperson überprüfen, sondern kann sich darauf verlassen, dass diese in der gesamten Berufsgruppe vorhanden sind (Roßbruch 2003b). Beispiele sind Laborleistungen mit Ausnahme des Speziallabors, radiologische Leistungen (die technische Erstellung des Röntgenbildes), physikalisch-medizinische Leistungen, Ton- und Sprachaudiometrie, Dauerkatheterwechsel sowie das Wechseln einfacher Verbände (BÄK/KBV 1988).

123. Zu den im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen gehören all diejenigen Leistungen, für die der Arzt in Abhängigkeit vom Krankheitsbild und der Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals über die Möglichkeit einer Delegation entscheidet. Insbesondere handelt es sich dabei um die Leistungsgruppe der Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen (BÄK/KBV 1988; Uhlenbruck/Laufs 2002). Die Anordnung über die Durchführung der entsprechenden Maßnahme ist in jedem Falle durch den Arzt und im Einzelfall zu treffen (BÄK/KBV 1988). Weiterhin werden radiologische Leistungen und Laborleistungen als grundsätzlich delegationsfähig angesehen (BÄK/KBV 1988).

[27] Roßbruch (2003b) verwendet an Stelle dessen die Begriffe delegationsfähig, grundsätzlich nicht delegationsfähig und nicht delegationsfähig. Die grundsätzlich nicht delegationsfähigen Tätigkeiten gehören zu den ärztlichen Tätigkeiten, sind nicht Bestandteil der entsprechenden, nicht-ärztlichen Berufsausbildung und sind damit berufsfremd. Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen sind die grundsätzlich nicht delegierbaren Tätigkeiten trotzdem übertragbar.

2. Einflussfaktoren auf die Delegationsfähigkeit

124. Sowohl die Komplexität der Aufgabe und ihr Gefahrenpotential als auch die Qualifikation des Delegationsempfängers beeinflussen die Möglichkeiten der Delegation bei den bedingt delegationsfähigen Leistungen. Das Gefahrenpotential ergibt sich aus der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Risikos. Die damit einhergehende Gefährdung des Patienten ist vom Arzt bei Erwägung einer Delegation in Betracht zu ziehen (Hahn 1981; Olzen/Frister 2006). Je niedriger die mögliche Gefährdung des Patienten durch die zu delegierende Aufgabe, desto eher ist eine Aufgabenübertragung möglich.

125. Weiterhin spielt die formelle und die materielle Qualifikation[28] des Delegationsadressaten bei der Entscheidung für eine Delegation eine wichtige Rolle. Vor einer Delegation sind also sowohl die Aus- und Weiterbildungsabschlüsse als auch die individuellen Befähigungen zu prüfen. Erschwert wird die Überprüfung der formellen Eignung des Delegationsempfängers durch Unterschiede in den landesrechtlich geregelten Aus- und Weiterbildungen. Für einige Weiterbildungen existieren noch nicht einmal landesrechtliche Regelungen (s. auch Abschnitt 2.2.2). Eine Delegation ist grundsätzlich eher möglich, wenn die zu delegierende Leistung zur formellen Ausbildung des Delegationsempfängers gehört. Hier kann beispielsweise an die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege gedacht werden, deren Inhalte auch Techniken bei Injektionen, Infusionen, Wundbehandlungen und Verbandswechsel umfassen. Neben der formellen Befähigung sollte jedoch auch die materielle Qualifikation, die unter anderem beeinflusst wird durch die Länge der Tätigkeitsausübung, Motivation, Verantwortungsbewusstsein und Sorgfalt, bei der Delegation berücksichtigt werden.

3. Sorgfaltspflichten des delegierenden Arztes

126. Die Überwachung des Delegationsempfängers obliegt dem delegierenden Arzt. Dabei lassen sich die ärztlichen Sorgfaltspflichten unterteilen in die Auswahlpflicht, die Instruktionspflicht, die Überwachungspflicht und die Kontrollpflicht. Zusätzlich bestehen im Zusammenhang mit der Delegation Organisationspflichten auf Seiten des Krankenhausträgers, sofern keine gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelungen existieren. Diese können dann durch Dienstanweisungen oder Clinical Pathways abgedeckt werden (Hart/Francke 2006). Auswahlpflicht bedeutet, dass Ärzte nur an diejenigen Mitarbeiter delegieren dürfen, von denen eine fehlerfreie Ausführung zu erwarten ist. Es gilt also, die formelle und materielle Qualifikation des Delegationsempfängers vorab zu prüfen.

127. Vor der Durchführung der delegierten Aufgabe durch den Delegationsempfänger müssen Ärzte ihrer In-

[28] Die formelle Qualifikation bezieht sich auf den Ausbildungsabschluss, die materielle Qualifikation zeigt die individuelle Handlungskompetenz, d. h. das tatsächliche Wissen und Können an.

struktionspflicht nachkommen, um Kommunikationsmängeln oder -fehlern vorzubeugen. Hier können sich auch schriftlich fixierte Instruktionen als hilfreich erweisen. Auf anatomische Besonderheiten oder auf besondere medizinische Komplikationssituationen ist im Einzelfall hinzuweisen (Hahn 1981). Die Instruktionen sollten so umfassend sein, dass beim Delegationsempfänger keine Unklarheiten oder Fragen bestehen bleiben. Im stationären Bereich kann eine Dienstanordnung die Instruktionspflicht konkretisieren und ausfüllen (Olzen/Frister 2006).

128. Bei der Ausübung der delegierten Tätigkeit dürfen Ärzte der Qualifikation und der Zuverlässigkeit des Delegationsempfängers grundsätzlich vertrauen, solange keine Ursache zur Annahme des Gegenteils besteht (Olzen/Frister 2006, Hahn 1981). In der Teamarbeit gilt also der so genannte (vertikale) Vertrauensgrundsatz. Um der Überwachungspflicht zu genügen, sind regelmäßige stichprobenartige Kontrollen ausreichend. Besteht jedoch Anlass, ein Risiko für den Patienten anzunehmen bzw. bemerken Ärzte Unregelmäßigkeiten oder Unachtsamkeiten, sind sie zur Kontrolle verpflichtet, müssen ggf. mahnend eingreifen oder die Tätigkeit wieder selbst übernehmen. Bei besonders risikobehafteten Tätigkeiten sollte gewährleistet sein, dass delegierende Ärzte sehr schnell erreichbar sind, beispielsweise durch Ruf- oder Sichtkontakt.

129. Die Kontrollpflicht ist als eine Endkontrolle nach Beendigung der delegierten Tätigkeit anzusehen. Sie dient der Überwachung des Delegationsempfängers und der Qualitätssicherung.

130. Abbildung 1 fasst die Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen schematisch zusammen. Nachfolgender Praxisleitfaden zur Delegation von Tätigkeiten bietet konkrete Handlungshilfe für die Umsetzung.

Abbildung 1

Delegationsfähigkeit der ärztlichen Leistung

Delegationsfähigkeit der ärztlichen Leistung

Grundsätzlich delegationsfähig

Wenn die Leistung fester Bestandteil der Ausbildung ist, muss die Qualifikation vor der Delegation nicht mehr geprüft werden.

Im Einzelfall delegationsfähig

Delegationsfähigkeit wird beeinflusst durch:

- Qualifikation,
- Komplexität der Aufgabe und Gefahrenpotential.

Ggf. ist vorab der Patient in Kenntnis zu setzen.

Sorgfaltspflichten des delegierenden Arztes:

- Auswahlpflicht
- Instruktionspflicht
- Überwachungspflicht
- Kontrollpflicht

Nicht delegationsfähig

Leistung ist vom Arzt persönlich zu erbringen. Dies gilt für die medizinische Diagnose- und Indikationsstellung, Erstellung des medizinischen Therapie- und Operationsplans.

Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs: Praxisleitfaden zur Delegation von Tätigkeiten, insbesondere im stationären Bereich

Offenes Verfahren: Prozess wird unter Beteiligung der Geschäftsführung eingeleitet.

Geben und Nehmen: Befragung der beteiligten Berufsgruppen, welche Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen übernommen werden sollen, und welche die eigene Berufsgruppe übernehmen könnte. Es kommt hier zu überraschenden Ergebnissen (z. B. wurde als wichtigstes Anliegen der Pflege genannt, dass Ärzte die Einarbeitung der jungen ärztlichen Mitarbeiter selbst übernehmen sollten).

Einbeziehung des Personalrates: Von Anfang an sollte die Mitarbeitervertretung einbezogen werden.

Gezieltes Vorgehen: Maßnahmen müssen gezielt und im Umfang machbar geplant werden. Beispielsweise kann die Blutabnahme nicht vollständig durch die Pflege übernommen werden, es sei denn, eine erhebliche Ausweitung des Stellenbestands der Pflege ist möglich. Es kann jedoch eine Delegation der Blutabnahme an die Pflege unter definierten Bedingungen, z. B. außerhalb der Regeldienstzeit, wenn der ärztliche Bereitschaftsdienst im OP beschäftigt ist, zielführend sein.

Juristische Absicherung betonen: Entsprechende Regelungen werden häufig informell schon durchgeführt, sind aber haftungsrechtlich nicht abgesichert. Pflegekräfte sind z. B. bei ärztlichen Tätigkeiten nicht per se haftpflichtversichert (keine pflegerische Tätigkeit), es sei denn, das Haus hat sich dies vom Versicherer schriftlich bestätigen lassen (was meist unproblematisch ist). Eine wichtige Aufgabe besteht daher in einer expliziten Klärung der Tätigkeitsfelder.

Nachvollziehbare Vereinbarungen: Klare Autorisierung mit detaillierten Regelungen – die Pflege kann und darf nicht die gesamte intravenöse Medikation übernehmen. Eine Arbeitsgruppe kann jedoch für eine bestimmte Abteilung (oder das ganze Haus) eine Empfehlung für definierte Medikamente erarbeiten, diese durch die Arzneimittelkommission bestätigen lassen und sie in der Geschäftsführung autorisieren. In diesem Prozess kommt dann eine für alle Beteiligte transparente ‚Positivliste‘ zustande.

Klare Abgrenzung der nicht delegierbaren Tätigkeiten: Tätigkeiten, die im Einzelfall delegierbar sind, müssen klar von nicht delegierbaren Tätigkeiten abgegrenzt werden, bei denen keine Ausnahme gemacht werden darf (z. B. Zytostatika-Gabe). Regelungen, die gesamte Tätigkeitsfelder unselektiert an eine andere Berufsgruppe übertragen, eignen sich hier nicht.

Eine juristische Stellungnahme ist förderlich

Die Übernahme ist freiwillig: Es sollte klar dargelegt werden, dass für Mitarbeiter mit bestehenden Arbeitsverträgen die Übernahme von berufsfremden Tätigkeiten freiwillig ist. Für Mitarbeiter mit neuen Verträgen kann die Übernahme als Dienstvereinbarung in den Arbeitsvertrag mit aufgenommen werden.

Mitarbeiterschulung: entsprechende Konzepte sind ggf. zu erarbeiten und umzusetzen.

2.2.6 Probleme der Zusammenarbeit in der Praxis

2.2.6.1 Fehlende Standardisierung, mögliche Patientengefährdung

131. Probleme in der Praxis entstehen immer wieder durch das Fehlen interprofessioneller Leitlinien und Rechtsunsicherheit. Die Gabe von Medikamenten, auch von intravenösen Präparaten, wird in der Praxis häufig an Pflegekräfte übertragen. Das Ausmaß und die Regelungen der Delegation sind dabei von Krankenhaus zu Krankenhaus, aber auch zwischen den Stationen eines einzelnen Krankenhauses, sehr unterschiedlich (s. nachfolgenden Exkurs). Diese fehlende Standardisierung führt zu erheblichen Unterschieden in der Regelung der Delegation. Für (ärztliches) Personal, das häufiger rotiert, ist dies problematisch. Unklare oder fehlende Regelungen bedeuten für den Patienten ein erhöhtes Behandlungsrisiko und sind nicht mit einer einheitlichen Qualitätssicherung zu vereinbaren.

Eine Lösung können nationale, interprofessionelle Leitlinien (s. auch Abschnitt 2.7.2) und eine angemessene Schulung der Delegationsempfänger, in diesem Fall also der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, darstellen. Die einzelnen Einrichtungen müssen dann Sorge dafür tragen, dass die Leitlinienempfehlungen auch umgesetzt werden.

Exkurs: Fehler bei der intravenösen Medikation

In verschiedenen Studien wurden für Deutschland Medikationsfehlerraten bei der Gabe von oralen Medikamenten im stationären Bereich von 0,2-5,1 % ermittelt (Taxis und Wild 2004).[29] Auffällig höher sind die Fehlerraten bei intravenösen Medikationen. Hier wurden Fehlerraten[30] von 48 % ermittelt, wobei die Rate potentiell schwerwiegender Fehler bei 3 % lag (Taxis und Barber 2003). Eine weitere Beobachtungsstudie differenziert zwischen Fehlern bei der Zubereitung der intravenösen Medikation und der Verabreichung der Medikamente und ermittelt Fehlerraten zwischen 22 und 49 % (Wirtz et al. 2003).

Was sind nun Ursachen für diese sehr hohen Fehlerraten und mögliche Vermeidungsstrategien? Zum einen lassen sich innerprofessionelle Ursachen identifizieren wie unzureichende Dokumentation (ausführlich im GA 2003 4.3.1). Zum anderen finden sich Ursachen in nicht gelingender Kooperation. Eine wichtige Ursache wird in fehlenden nationalen Leitlinien gesehen (Cousins et al. 2005). Während Kliniken in Großbritannien nationale Leitlinien für intravenöse Therapien verwenden (Manual of Clinical Nursing Procedures), existieren diese für Deutschland nicht. Einige Kliniken bzw. Krankenhaus-Stationen haben in dieser Situation interne Leitlinien erarbeitet, in anderen jedoch nicht. Dies kann in der Praxis zu Unklarheiten bezüglich der Übertragung und der Durchführung der intravenösen Medikation führen. Im Idealfall sollten alle Berufsgruppen, die an der intravenösen Medikation mitwirken, an der Erstellung von interprofessionellen Leitlinien beteiligt werden. Weitere wichtige Fehlerursachen sind eine unzureichende Aus-, Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals im Umgang mit intravenösen Arzneimitteln. In der Praxis herrscht unter Ärzten häufig Unklarheit über den Inhalt der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegekraft und damit eine Verunsicherung, ob Aufgaben übertragen werden können oder nicht. Es besteht unter Ärzten zum Teil die Erwartung, dass die Vorbereitung und Gabe von intravenösen Medikamenten von Pflegefachkräften in der Ausbildung erlernt wird (Cousins et al. 2005). Dies trifft für Deutschland, abgesehen von einzelnen Pilotprojekten, für die berufliche Erstausbildung jedoch nicht zu. Da die Weiterbildung zur Fachkrankenpflege landesrechtlich geregelt ist, können auch hier Unterschiede im Weiterbildungsumfang bestehen.

Weitere Fehlerursachen sind die rechtlichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Delegation von intravenösen Medikationen sowie eine schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Apothekern (Taxis und Wild 2004).

Um die Patientensicherheit bei der Delegation intravenöser Medikamentengaben an Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zu erhöhen, sind folgende Maßnahmen notwendig:

– Allen Beteiligten müssen die Möglichkeiten und Regelungen der Tätigkeitsübertragung deutlich sein.

– Die Technik der IV-Infusionen sollte in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege erlernt werden. Alternativ muss dies in einheitlichen Weiter- oder Fortbildungen geschehen.

– Die Information zu den technischen Geräten muss den Informationsbedürfnissen der Nutzer angepasst werden. Teilweise bietet sich hier eine Mitarbeit der Krankenhausapotheke (oder anderer Berufsgruppen, z. B. der medizinisch-technischen Assistenten) an.

Studien belegen die Verringerung der Fehlerraten durch einen besseren Einsatz von Apothekern im stationären Bereich (Kaushal und Bates 2001). In Großbritannien wurden die hauseigenen Apotheker als Schlüsselprofession in einem System zur Vermeidung von Medikationsfehlern identifiziert (Audit Commission 2001). In Deutschland sind sie jedoch sehr selten im stationären Kontext der Medikamentenverabreichung einbezogen und sind nicht vertraut mit den alltäglichen Problemen auf Stationen. Die von den hauseigenen Apothekern erstellten Leitlinien sind zudem häufig nicht auf die Bedürfnisse des Pflegepersonals abgestimmt. Eine stärkere Einbeziehung der Apotheker ins multiprofessionelle Stationsteam ist daher zu empfehlen.

---

[29] Die Studien verwendeten keine einheitlichen Methoden und bezogen sich jeweils auf ein oder wenige Krankenhäuser, in denen wiederum eine oder einige Stationen untersucht wurden. Als Goldstandard zur Ermittlung von Fehlern bei Arzneimittelgaben kann die Beobachtungsstudie angesehen werden, die auf Grund von Zeit- und Personalaufwand eher kleinere Fallzahlen umfasst. Seltene, schwerwiegende Fehler lassen sich somit mit dieser Methode nur unzureichend abbilden.

[30] Fehler wurden hier definiert als Abweichung von der ärztlichen Verordnung, der Verfahrensweise des Krankenhauses oder der Anleitung des Herstellers.

132. Neben der fehlenden Standardisierung wirkt sich in der Praxis auch eine mangelnde Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe bei der Erstellung von Standards aus, wie nachfolgender Exkurs zeigt.

Exkurs: Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Sowohl Hebammen als auch Ärzte erbringen Leistungen im Zusammenhang mit der Schwangerenvorsorge, der Entbindung und dem Wochenbett. Die Gleichrangigkeit der beiden Akteure ist im Hebammengesetz verankert. Hebammen betreuen laut Berufsrecht die physiologischen Vorgänge der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts. Die Betreuung von Pathologien fällt in die Zuständigkeit der Ärzte und kann nach ärztlicher Anordnung an die Hebamme übergeben werden (Niesel 2006). Bei jeder Entbindung muss eine Hebamme hinzugezogen werden. Im SGB V ist die Abgrenzung zwischen Hebammenleistung und ärztlicher Leistung wenig übersichtlich.

Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) tragen nicht zur Klärung, sondern eher zur Verwirrung über die Zuständigkeiten der beiden Berufsgruppen bei. Die Stellungnahme der Berufsgruppe der Hebammen ist nicht adäquat bei der Richtlinienerstellung berücksichtigt worden, so dass sich in den Mutterschaftsrichtlinien die missverständliche Formulierung findet, dass Hebammen bestimmte Untersuchungen (Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) während der Schwangerschaft durchführen dürfen, „wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat“ (Gliederungspunkt A 7 der Richtlinien). Diese Formulierung kann dahingehend missverstanden werden, dass Hebammen grundsätzlich nur auf ärztliche Anweisung hin tätig werden dürfen. Ansonsten enthalten die Richtlinien keine Hinweise auf eine sinnvolle Arbeitsteilung beider Berufsgruppen.

Inzwischen hat der Bund Deutscher Hebammen e.V. zwar Empfehlungen für Schwangerenvorsorge durch Hebammen erstellt, wünschenswerter als diese Parallelstruktur wäre allerdings eine gemeinsam von beiden Berufsgruppen erarbeitete Mutterschaftsrichtlinie, um Verunsicherungen bei Ärzten, Schwangeren und anderen Institutionen des Gesundheitswesens zu vermeiden. Die Forderung nach einer verstärkten multiprofessionellen Erarbeitung unter Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen gilt ebenso für die Leitlinienerstellung (s. auch GA 2000/2001, Ziffer 244ff.).

Als Positivbeispiel sollen an dieser Stelle die in den Niederlanden in Konsensuskonferenzen zwischen Hebammen, Hausärzten und Gynäkologen verabschiedeten Qualitätskriterien der Versorgung sowie den Indikationslisten für die Berufe genannt werden.

2.2.6.2 Rechtsunsicherheit

133. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bestehen gegenwärtig Unsicherheiten über die Möglichkeiten und Zulässigkeiten von Aufgabenübertragungen und einer Neuordnung der Aufgabenverteilung. Exemplarisch illustriert dies folgendes Beispiel aus dem Bereich der Anästhesie.

Exkurs: Beispiel einer Neuorganisation des Arbeitsfeldes Anästhesie

Bis zur Einführung des Facharztes für Anästhesie in Deutschland 1953 hatten Fachkrankenpflegekräfte für Anästhesiologie weitreichende Befugnisse in der Anästhesie. Danach ging die Verantwortung für die Anästhesie vollständig an die ärztliche Profession über. Fachkrankenpflegekräfte für Anästhesiologie unterstützen lediglich den Anästhesisten, Ärzte in Weiterbildung hingegen können selbständig Narkosen überwachen. Vor kurzem setzte ein privater Klinikkonzern in Deutschland für die Überwachung der Narkose neben Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) auch Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAfA) ein und löste damit heftige Kontroversen über die Zulässigkeit dieses Modells aus. Das Projekt wurde inzwischen eingestellt. Dennoch wird es im Folgenden näher beschrieben, weil daraus Schlussfolgerungen für nachfolgende Projekte gezogen werden können, vor allem auf dem Gebiet der rechtlichen Absicherung und der Ausbildungsvoraussetzungen für solche Kompetenzverschiebungen sowie für den Prozess der Neugestaltung des Professionenmixes und des Aushandelns neuer Rollen zwischen den Berufsgruppen.

Ausbildung zum MAfA: Voraussetzung für die einjährige Weiterbildung zum MAfA ist eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in, eine einjährige spezialisierende Anästhesieausbildung und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im OP. Insgesamt dauert die Ausbildung zum MAfA also – inklusive Grundausbildung – fünf Jahre.

Aufgaben des MAfA: MAfAs übernehmen grundsätzlich nur vom Facharzt delegierte Aufgaben. Aufgabenbereich und Handlungsspielraum sind dabei genau festgeschrieben. Zu den Tätigkeiten gehören u. a. das Legen von Gefäßzugängen, Einbringen von Medikamenten, Überwachung des Patienten während der Narkose und im Aufwachraum, Dokumentation der Parameter und ggf. Anpassung der Narkose. Grundsätzlich handelt es sich um Tätigkeiten, die während der Operation, jedoch nicht bei Narkoseein- und -ausleitung anfallen.

Ablauf des Narkose-Prozesses mit MAfAs: Die medizinische und organisatorische Verantwortung für die Narkose obliegt dem Facharzt für Anästhesie, der zeitgleich für mehrere, dicht beieinander liegende Operationssäle verantwortlich sein kann. Teile der Narkoseführung, insbesondere in der Überwachungsphase, werden sowohl an Ärzte in Weiterbildung (ÄiWs) als auch an MAfAs delegiert. Die Narkoseform, das zu verwendende Monitoring, die Medikamente und die postoperative Verlegung werden durch den Fachanästhesisten festgelegt. Weiterhin ordnet der Fachanästhesist die MAfAs und ÄiWs entsprechend des jeweiligen Kenntnisstands den Anästhesisten zu. Der Facharzt wird zu jeder Narkoseein- und Ausleitung gerufen. Er ist über Rufanlage erreichbar und kann den OP innerhalb von 20 Sekunden erreichen. Ein zweiter Fachanästhesist kann hinzugezogen werden, wenn der erste beispielsweise Komplikationen behandeln muss. Treten Zwischenfälle auf, müssen MAfAs und ÄiWs den Facharzt nach einem vorher festgelegten Schema hinzuziehen. Die Gesamtaufsicht obliegt dem Chefarzt der Anästhesie.

Reaktionen auf das MAfA-Modell: Das MAfA-Modell wurde in Deutschland sehr kontrovers diskutiert. Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) haben beispielsweise die Münsteraner Erklärung zur Durchführung von Parallelnarkosen herausgegeben, in der sie das MAfA-Modell kritisieren und ablehnen (BDA/DGAI 2005). Insgesamt ist laut BDA und DGAI eine Übertragung der Narkoseüberwachung an nicht-ärztliches Personal mit einer Gefahrenerhöhung für den Patienten verbunden. Damit würde gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht verstoßen. Die Durchführung von Parallelnarkosen sei nur in Notfällen möglich. Die internationale Praxis könne nicht einfach auf Deutschland übertragen werden.

Internationale Studienlage: Die internationale Literatur zeigt, dass auch in anderen Ländern um die „richtige“ Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen bei der Narkose gestritten wird (z. B. Kane/Smith 2004; Abenstein 1997). Grundsätzlich beeinflussen drei Faktoren die Patientengefährdung bei Narkosen: Die Schwere der Erkrankung des Patienten, der operative Eingriff und die Narkose selbst. Die Schwierigkeit bei Studien besteht nun darin, die Wirkung der drei Faktoren eindeutig zu trennen (Abenstein/Warner 1996). Als schwierig erweist sich weiterhin die Durchführung einer Risikoadjustierung. Sie sollte jedoch angewendet werden, wenn als Outcome-Variable die Mortalität gemessen wird, da die Schwere der Grunderkrankung und die Ko-Morbiditäten erheblich die Mortalität beeinflussen. Schließlich erweist sich als hinderlich, dass Studien zur Patientengefährdung bei Narkosen eine extrem hohe Anzahl von Patienten einschließen müssen (N > 1 000 000), um eine ausreichende statistische Power zu gewährleisten. Dies hängt mit den allgemein niedrigen, narkosebedingten Mortalitätsraten zusammen.

In einer US-amerikanischen Studie (Silber et al. 2000) erhöhte sich die 30-Tage-Mortalität des Patienten[31] und die ‚Failure-to-rescue‘-Rate (Sterblichkeit von Patienten mit Komplikationen), wenn Nurse Anesthetists[32] die Narkose völlig selbständig betreuten. Die Komplikationsrate erhöhte sich nicht. Es wurde jedoch nicht unterschieden zwischen Narkosen, bei denen Anästhesisten durchgängig anwesend waren und solchen, bei denen der Anästhesist nur phasenweise anwesend war und ansonsten an Assistenten delegierte. Die Ergebnisse der Studie sind nicht wirklich auf den Deutschen Kontext übertragbar, da MAfAs in Deutschland nicht eigenständig Narkosen durchführen dürfen und damit nicht mit Nurse Anesthetists zu vergleichen sind.

Diese Einschränkung wird in einer weiteren US-amerikanischen Studie überwunden (Pine et al. 2003). Hier wurde der Einfluss der Berufsgruppenzugehörigkeit des narkose-durchführenden Leistungserbringers auf die stationären Mortalitätsraten bei Narkosen untersucht. Folgende drei Gruppen wurden miteinander verglichen: Narkosen, die ausschließlich durch Nurse Anesthetists durchgeführt wurden, Narkosen, die ausschließlich durch Anästhesisten durchgeführt wurden und Narkosen, die durch Teams von Anästhesisten und Nurse Anesthetists[33] durchgeführt wurden. In dieser Studie konnte kein signifikanter Einfluss der Berufsgruppen-Zugehörigkeit auf die riskiko-adjustierte Mortalitätsrate nachgewiesen werden.

[31] Die 30-Tage-Mortalität steigt um 2,5 Todesfälle je 1 000 Fälle

[32] Nurse anesthetists sind nicht wirklich mit der Fachkrankenpflege für Anästhesie in Deutschland zu vergleichen. Denn sie durchlaufen zunächst ein reguläres, vierjähriges Studium der Krankenpflege, das mit dem Bachelor of Science in Nursing abgeschlossen wird. Eine zwei- bis dreijährige Weiterbildung qualifiziert zum Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA).

[33] Dabei sind verschiedene Formen der Zusammenarbeit denkbar: Anästhesisten delegieren die Narkose, fungieren als Supervisor für die Fachkrankenpflege, denkbar ist jedoch auch, dass sich die Fachkrankenpflege nur im Bedarfsfall an die Anästhesisten wendet und ansonsten relativ selbständig arbeitet. Es wird nicht deutlich, welche Form hier gemeint ist.

In einer dänischen Studie wurden die Outcomes für Narkosen durch unerfahrene Ärzte, durch Fachärzte und durch speziell weitergebildete Fachkrankenpflegekräfte für Anästhesie verglichen (Maaloe 2004). Bei unerfahrenen Ärzten traten wesentlich häufiger Ereignisse (incidents) auf (in 15 % der Fälle) als bei Fachärzten für Anästhesie und bei Fachkrankenpflegekräften (für beide in gut 11 % der Fälle, wobei die Fachärzte nur unwesentlich besser abschnitten).

Auch eine niederländische Studie untersuchte berufsgruppen-bezogene Faktoren, die das Narkose-Ergebnis beeinflussen (Arbous et al. 2005). Die beurteilten Outcome-Variablen der Studie waren die Rate der komatösen Patienten nach Narkose und die Mortalitätsrate innerhalb von 24 Stunden nach Narkose. Die Outcomes verschlechterten sich signifikant, wenn Anästhesisten nur über Telefon oder Pieper erreichbar waren, verglichen mit einer direkten Erreichbarkeit über Gegensprechanlage. Sie verschlechterten sich ebenfalls bei einem intraoperativen Wechsel des Anästhesisten. Die Outcomes verbesserten sich signifikant bei Anwesenheit einer vollzeitbeschäftigten Fachkrankenpflegekraft, gegenüber der Anwesenheit einer teilzeitbeschäftigten. Die Outcomes verbesserten sich zudem signifikant, wenn bei der Einleitung der Narkose zwei Personen anwesend waren, verglichen mit der Anwesenheit von einer Person. Es konnte jedoch kein Einfluss bestimmter Teamzusammensetzungen festgestellt werden (z. B. Facharzt für Anästhesie, Arzt in Weiterbildung, Fachpflegekraft).

Eine ältere Übersichts-Studie aus den 1990er Jahren kommt zu dem Ergebnis, dass Anästhesie-Teams die besten Outcomes erzielen (Abenstein/Warner 1996). Im Vergleich zu Narkosen, die allein durch Anästhesisten oder allein durch Nurse Anesthetists erbracht werden, erzielen Anästhesie-Teams die besten Outcomes – sowohl hinsichtlich der Qualität der Versorgung als auch hinsichtlich der Kosten. Anästhesie-Teams setzen sich aus unterschiedlich qualifizierten Leistungserbringern zusammen: Fachärzte für Anästhesie, Ärzte in Weiterblidung, Nurse Anesthetists, Nurse Anesthetists in Ausbildung und Anesthesiologist Assistants[34]. Während der kritischen Phasen der Narkose ist immer ein Anästhesist anwesend.

Zusammenfassend zeigt die internationale Studienlage, dass eine Delegation von Narkoseleistungen in bestimmten Narkosephasen nicht zu einer erhöhten Gefährdung von Patienten führt. Abhängig ist dies natürlich von der Organisation des OP-Bereichs und dem Qualifikationsniveau des Delegationsempfängers.

134. Für Einrichtungen und Leistungserbringer des Gesundheitswesens ergeben sich hieraus eine Reihe von Konsequenzen: Zunächst zeigt sich wiederum eine Verunsicherung darüber, welche Formen der Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen rechtlich zulässig sind. Die Erprobung neuer Aufgabenverteilungen stößt zudem teilweise auf erheblichen Widerstand bei Leistungserbringern: Um hier Problemen und Missverständnissen zu begegnen, bedarf es in Zukunft eines Austauschs zwischen den betroffenen Berufsgruppen. Eine Neuordnung der Zusammenarbeit kann mit finanziellen Investitionen verbunden sein (z. B. in Weiterbildungsmaßnahmen oder bauliche Veränderungen). Es besteht keine Möglichkeit, die medizinische Zulässigkeit des neuen Versorgungsmodells ex ante beurteilen zu lassen. Eine gewisse Sicherheit über die Zulässigkeit der Neuverteilung entsteht erst, wenn es zu einem haftungsrechtlichen Prozess mit entsprechendem Urteil kommt, wobei sich die gerichtlichen Entscheidungen durchaus unterscheiden können.

Auch internationale Studien sind für die Beurteilung eines Projektes in Deutschland nicht ausreichend, da die Ergebnisse häufig nur bedingt übertragbar sind. So zeigt sich am Beispiel der MAfAs, dass international andere Ausbildungsvoraussetzungen für die Übergabe der Anästhesieleistungen bestehen. Für Deutschland sollten darum vor einer breit angelegten Neuordnung der Aufgabenverteilung Modellvorhaben durchgeführt und entsprechend evaluiert werden, um die Effekte einer solchen zu messen.

[34] Anesthesiologist Assistants durchlaufen zunächst ein Bachelor-Studium als Physician Assistants oder eine vergleichbare Ausbildung. Danach schließt sich eine zwei- bis vierjährige Weiterbildung zum Anesthesiologist Assistant an.

2.3 Notwendige Veränderungen aus Sicht der Gesundheitsberufe und der für den Bereich Gesundheit zuständigen Landesministerien

135. Im Vorfeld der Erstellung dieses Kapitels hat der Sachverständigenrat im Frühjahr 2006 eine Befragung aller für Gesundheit zuständigen Landesministerien durchgeführt. Diese hatte zum Ziel, Maßnahmen im Zusammenhang mit einem Unter- bzw. Fehlangebot an Gesundheitspersonal sowie innovative Formen der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu identifizieren.

136. Weiterhin hat der Rat im Sommer 2006 eine Anhörung ausgewählter Berufsverbände von Gesundheitsberufen zum Thema „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung“ durchgeführt. Ziel der Anhörung war, die Positionen der Berufsverbände zu diesem Thema in Erfahrung zu bringen und mit den Verbänden zu diskutieren. Folgende Berufsverbände waren eingeladen:

- Bund Deutscher Hebammen e.V.
- Bundesärztekammer

– Bundespsychotherapeutenkammer
– Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
– Bundeszahnärztekammer
– Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
– Deutscher Pflegerat e.V.
– Deutscher Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V.
– Deutscher Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten in der Medizin e.V.
– Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V.
– Verband medizinischer Fachberufe e.V.

2.3.1 Stellungnahmen der für Gesundheit zuständigen Landesministerien

137. Die Landesministerien beschreiben vor allem im Kontext der Auswirkungen des demographischen Wandels ihre Bemühungen zur Zukunftsgestaltung des Professionenmix in der Gesundheitsversorgung. Alle Ministerien konstatieren zunächst einen steigenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie Schnittstellenprobleme zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung und der Versorgung mit hauswirtschaftlichen Hilfen im ambulanten Sektor. Häufig genannte Vorschläge zur Behebung dieser Mängel betreffen den Bereich der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf die Pflege oder pflegerischer Arbeit z. B. auf Hauswirtschaftskräfte. Durch Delegation soll dabei eine Entlastung der Ärzte, aber auch der Pflege in hauswirtschaftsnahen Tätigkeiten, erreicht werden. Die Initiativen der Bundesländer weisen regionale Spezifika auf. Einerseits unterstützen vor allem Bundesländer mit geringer Bevölkerungsdichte die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch arztentlastende und gemeindenahe Projekte, wie das Projekt AGnES[35]. Diese Projekte sichern die ambulante Gesundheitsversorgung der ländlichen, von Bevölkerungsrückgang und einem Rückgang der Zahl der Ärzte betroffenen Regionen und sind als arztentlastende und gemeindenahe Netzwerke konzipiert. Andererseits begleiten Bundesländer mit hoher Bevölkerungsdichte Projekte mit neuen Kompetenzprofilen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. So entstanden beispielsweise die neuen Berufsbilder operationstechnische Assistenten (OTA) oder medizinische Dokumentationsassistenten. Für die Ausbildung zum OTA fordern einige Bundesländer inzwischen eine bundeseinheitliche Ausbildungsregelung. Darüber hinaus werden Modelle zur Akademisierung, z. B. der Pflegeberufe, gefördert. Dieses Vorgehen setzt vor allem auf die weitere Professionalisierung und Akademisierung der Pflegeberufe und will dadurch auch der ‚Abwanderung' aus den Pflegeberufen vorbeugen bzw. qualifizierte Pflegende motivieren, in der direkten Patientenversorgung tätig zu bleiben.

138. Für den Ausgleich personeller Engpässe sind Anreize zu schaffen, die die Attraktivität des Hausarzt- und des Pflegeberufs erhöhen. Diese Anreize werden insbesondere von Vertretern der Bundesländer formuliert, die einen Mangel an Hausärzten in der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum konstatieren. Genannt werden: Verbesserung des Zugangs zur Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Statusausgleich mit den übrigen Fachärzten, Zahlung einer Sicherstellungszulage, Differenzierung der Honorierung zwischen Ballungsraum und ländlichem Raum. Grundlegend geht es bei den Anreizen für die Pflegeberufe darum, Aufmerksamkeit für den Beruf zu wecken und dessen Ansehen zu steigern. Anreize stehen in engem Zusammenhang mit der o. g. Entlastung der Pflegekräfte. Aus- und Weiterbildungsangebote sollen Karrierechancen und (innerbetriebliche) Aufstiegsmöglichkeiten aufzeigen. Mehr Autonomie und Verantwortung bei medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten sollen akademisch ausgebildete Pflegeexperten und -expertinnen motivieren.

2.3.2 Stellungnahmen der Berufsverbände

139. Angesichts der Fülle der Aussagen können an dieser Stelle nicht alle Argumente wiedergegeben werden. Im Einzelnen sind sie auf der Homepage des SVR nachzulesen.

Auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen reagieren alle befragten Berufsverbände – zum Teil mit sehr unterschiedlichen – Weichenstellungen für ihre Professionsentwicklung. Einig sind sich jedoch alle Verbände in der Bedeutung der Weiterentwicklung von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Neben einer allgemeinen Anpassung der Ausbildungsinhalte an veränderte Versorgungsrealitäten zielt dies zum einen auf eine Ausweitung des Tätigkeitsspektrums und zum anderen auf eine Spezialisierung bzw. Schwerpunktbildung ab. Teilweise wird auch an Verbesserungen von Schulungskonzepten für andere Berufsgruppen gearbeitet. Die meisten der eingeladenen Berufsgruppen, die bisher primär an Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet werden, fordern zudem eine Akademisierung ihrer beruflichen Erstausbildung. Damit soll unter anderem der institutionelle Rahmen für den Erwerb von wissenschaftlicher Methodenkompetenz, Kenntnisse in der Qualitätssicherung und -verbesserung und die Angleichung an den europäischen Hochschul-Ausbildungsstandard erzielt werden. Die bisher im dualen Ausbildungssystem qualifizierte Berufsgruppe sieht hingegen keine Notwendigkeit der Akademisierung ihrer Ausbildung. Auch die Förderung von wissenschaftlicher Forschung, Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zu Qualitätssicherung und -management nennen mehrere Verbände als Möglichkeiten, um auf zukünftige Versorgungsanforderungen adäquat zu reagieren. Die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungskonzepte wird teilweise als wichtig erachtet und auch bereits umgesetzt. Dabei wird zum einen eine Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen angestrebt, zum

[35] Im Modellprojekt „Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention" (kurz: AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden speziell geschulte Krankenpflegekräfte zur Entlastung von Hausärzten (Landärzten) eingesetzt.

anderen geht es um eine Ausweitung der professionellen Eigenständigkeit und Kompetenzen, z. B. im Hebammenkreißsaal. Häufiger wird ein Auf- und Ausbau von Beratung-, Schulungs- und Informationsangeboten für Patienten genannt. Auch der Ausbau der Kooperation mit Patientenorganisationen wird teilweise als wichtig erachtet. Schließlich wird die Verbesserung der innerprofessionellen sowie der interprofessionellen Kooperation befürwortet.

140. Keiner der eingeladenen Berufsverbände sieht für die eigene Berufsgruppe die grundsätzliche Gefahr einer personellen Unterversorgung. Gleichwohl sehen einige wenige Verbände diese Gefahr in spezifischen Versorgungssegmenten bzw. in bestimmten Regionen Deutschlands. Teilweise wird eine bessere Datenbasis gefordert, um das (zukünftige) Angebot an Personal besser abschätzen und darauf basierend eine Planung der Ausbildungskapazitäten vorzunehmen zu können. In diesem Zusammenhang wird von einem Berufsverband auch eine Neuregelung der Ausbildungsfinanzierung angemahnt sowie die Implementierung eines einheitlichen Personalschlüssels gefordert.

141. Die Notwendigkeit der Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen (und teilweise auch darüber hinaus, z. B. mit Beschäftigten in Erziehungsberatungsstellen) wird von allen Berufsverbänden gesehen. Allerdings unterscheidet sich das Ausmaß der als erforderlich erachteten Intensivierung der Kooperation der Berufe erheblich. Problematisch für die Zusammenarbeit der Berufe wirken sich nach Auffassung einiger Verbände unklare Verantwortlichkeiten, unterschiedliche Kostenträgerschaften und segmentierte Versorgungssektoren aus. Allgemein wird von mehreren Verbänden eine mangelhafte Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Versorgungssektoren problematisiert. Konkret werden folgende Bereiche genannt, in denen Teamarbeit verstärkt zum Tragen kommen könnte: Früherkennung und Versorgung verwahrloster Kinder, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit bestimmten psychischen Störungen, neue Versorgungskonzepte (z. B. integrierte Versorgung, DMPs), Rehabilitation, Versorgung in ländlichen Regionen (mit Ärztemangel), ambulante Versorgung, Versorgung von Suchtkranken, Patientenberatung und -schulung, Pädiatrie, Onkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, Versorgung von Demenzpatienten, Chronikern, multimorbiden, älteren und pflegebedürftigen Patienten, Versorgung von Patienten mit komplexen sozialen Problemen und bestimmten Risikofaktoren sowie der Bereich der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Als Begründung für die Forderung nach einer verbesserten Kooperation zwischen den Berufen werden verschiedene Veränderungen der Versorgungsbedingungen genannt: Demographische, morbiditätsspezifische und gesellschaftliche Veränderungen, gewandelte Patientenrollen, eine gestiegene Komplexität der Versorgung, begrenzte finanzielle Ressourcen, eine sinkende Berufszufriedenheit, sinkende Personalzahlen, innerprofessionelle Entwicklungen, eine zunehmende Bedeutung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sowie Entwicklungen auf EU-Ebene.

142. Grundlage einer guten Zusammenarbeit sollten laut Aussage einiger Berufsverbände deutliche Aufgaben- und Kompetenzverteilungen sein. Bei einer Neuverteilung der Aufgaben sollte zudem angestrebt werden, mit weniger Ressourcen eine mindestens gleichwertige Versorgungsqualität zu erzielen. Mehrere Verbände fordern die verstärkte Entwicklung multiprofessionell erarbeiteter Leitlinien als wichtige Grundlage für eine verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Auch eine Verbesserung der Kommunikation der Beschäftigten im Gesundheitswesen wird als relevant erachtet. Immer wieder wird die Ausfüllung der Case Management Funktion durch entsprechend qualifiziertes Personal genannt. Einige Berufsverbände sind der Auffassung, es sei situationsabhängig, welche Berufsgruppe das Case Management übernehmen sollte. Teilweise werden auch bestimmte Berufsgruppen genannt, die dafür insgesamt oder in bestimmten Versorgungsbereichen als am besten geeignet angesehen werden: Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte, Ärzte, Sozialarbeiter, Hebammen und Zahnärzte.

143. Die Notwendigkeit zur Reform der (rechtlichen) Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit wird unterschiedlich bewertet. Sie reicht von der Einschätzung, dass prinzipiell keine Veränderungen notwendig sind bis hin zu Vorschlägen, die weit reichen und mehrere rechtliche Regelungssysteme betreffen. In diesem Zusammenhang werden von verschiedenen, nicht-ärztlichen Berufsverbänden die ärztliche Dominanz im deutschen Versorgungssystem und Veränderungsvorschläge diskutiert.

144. Die Abkoppelung der Leistungserbringung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe von der ärztlichen Verordnung im SGB V wird teilweise befürwortet, teilweise abgelehnt. Befürworter nennen im Einzelnen folgende Leistungen: Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Folgeverordnungen von Medikamenten für Chroniker, Einweisungsrechte bestimmter Patientengruppen, Verzicht auf die ärztliche Überweisung zugunsten eines direkten Zugangs von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern.

145. Die Thematik der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen wird von mehreren Berufsverbänden aufgegriffen. Neben einer Ausweitung der Delegation wird dabei auch über eine zunehmende Eigenständigkeit bei der Ausführung bestimmter Tätigkeiten diskutiert. Als Voraussetzung für eine Delegation werden entsprechend geschulte Kompetenzen beim Delegationsempfänger angesehen. Zur Abgrenzung der Tätigkeitsfelder der Berufsgruppen fordert ein Verband die Schaffung von Tätigkeitsvorbehalten.

146. Vereinzelt werden Reformen bezüglich institutioneller Rahmenbedingung innerhalb bestimmter Versorgungsformen gefordert, um eine stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufsgruppen zu ermöglichen. Dabei werden die gegenwärtigen Regelungen für MVZs kritisiert, die als zu arztzentriert angesehen werden. Auch wird im Einzelfall die Möglichkeit zur Anstellung be-

stimmter Berufsgruppen in Vertragsarztpraxen auch ohne ärztliche Leitung für sinnvoll erachtet. Zudem wird eine engere Zusammenarbeit bestimmter Berufsgruppen in Berufsausübungsgemeinschaften befürwortet.

147. Einerseits wird auf die Möglichkeit der Entlastung einzelner Gesundheitsberufe durch einen Neuzuschnitt der Aufgabenverteilungen hingewiesen. Auf der anderen Seite wird kritisch angemerkt, dass das Problem personeller Engpässe nicht einfach durch das Einbeziehen anderer Berufsgruppen gelöst werden kann. Einige Berufsverbände weisen auf die Gefahr hin, dass durch eine Einführung neuer Berufsgruppen bzw. neuer Spezialisierungen zusätzliche Versorgungsschnittstellen entstehen, die unter anderem einen Informationsverlust bewirken können.

148. Einzelne Berufsverbände weisen auf die Bedeutung einer Stärkung der Versorgungsforschung hin, um ein valide Datenbasis zur Evaluation auch von kooperativen Versorgungsformen zu schaffen. Dabei sollten berufsgruppenübergreifend entwickelte Evaluationskriterien zum Einsatz kommen.

2.4 Neue Anforderungen an die Gesundheitsversorgung als Begründung für Veränderungen der beruflichen Aufgabenteilung im Gesundheitswesen

149. Eine Diskussion über eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ruft Hoffnungen, Vorbehalte und Befürchtungen bezüglich Bedeutungs-, Reputations-, Geld- und Autonomieverlust sowie Überforderung hervor. Eine organisationstheoretische Darstellung der jetzigen Situation im Gesundheitswesen soll zeigen, welche neuen Herausforderungen auf Grund erhöhter Komplexizität von Organisationen auf alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zukommen (Abschnitt 2.4.1). Die folgenden Abschnitte befassen sich dann mit neuen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung, die die Veränderungen beruflicher Aufgabenteilung im Gesundheitssystem und unterschiedliche Entwicklungsoptionen für die einzelnen Berufsgruppen begründen. Dabei befasst sich Abschnitt 2.4.2 mit den Auswirkungen des Altersstruktur- und Krankheitswandels. Abschnitt 2.4.2 geht dann auf die Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts ein. Schließlich resultieren neue Anforderungen auch aus neuen Versorgungsformen, die in Kapitel 3 und in Unterkapitel 2.6 beschrieben werden.

2.4.1 Komplexe Organisationen als Kennzeichen eines modernen Gesundheitssystems

150. Organisationen im Gesundheitswesen sind zweckorientierte Sozialsysteme, deren Struktur aus institutionalisierten Wertemustern besteht, und die sich auf kulturelle Werteorientierungen, Handlungsprogramme und individuelle Orientierungen beziehen (Parsons 1959). Die Organisation muss ihren Austausch mit der Außenwelt in einer Form regeln, dass der Bestand der Organisation gewährleistet ist, und greift hierzu zu Mitteln der Organisationsgestaltung. Die Gestaltung der Organisationen hat die Aufgabe, den Grad der notwendigen Spezialisierung (Arbeitsteilung) und der Integration der Tätigkeiten in einem Gleichgewicht zu halten. Dieses Gleichgewicht muss immer wieder neu eingestellt werden, da der Widerspruch zwischen Spezialisierung und Integration grundsätzlich unauflösbar ist. In den Institutionen des Gesundheitswesens ist der Hang zur Spezialisierung besonders ausgeprägt, und zwar hinsichtlich der Aufgabendifferenzierung (neue Fachgebiete, Implementierung innovativer Methoden), der Aufgabenbewältigung (Bildung neuer Berufsgruppen), der hierarchischen Differenzierung (z. B. neue Träger-, Aufsichts- und Führungsstrukturen) und der Versorgungsstufen (z. B. Trennung von *intensive*, *intermediate* und *standard care*, Patientenhotels). Die Integrationsfähigkeit von Organisationen, d. h. ihre Fähigkeit, die von Spezialisten geleisteten Teil-Dienstleistungen zu einem Ganzen zusammenzufügen, tritt immer wieder hinter der oben ausgeführten Spezialisierungstendenz zurück.

151. Der hohe Grad und die Bedeutung der Spezialisierung bzw. Arbeitsteilung haben einen hohen Komplexizitätsgrad der Organisationen im Gesundheitswesen zur Folge, der sich ganz konkret auf der Ebene der unmittelbaren Leistungserbringung darstellt (Plsek 2001). Obwohl hierzu eindeutige soziologische und arbeitspsychologische Untersuchungsergebnisse vorliegen (Gaba 2000), wird z. B. die technische und interaktive Unübersichtlichkeit einer Hausarztpraxis oder eines Operationssaales oft nicht hinreichend berücksichtigt. Es zeigt sich auch im Bereich der Fehleranalyse der Prozesse und Ergebnisse, dass meist das Bewusstsein vorherrscht, es handele sich im Gesundheitswesen um einen Bereich mit sehr hohem Sicherheitsniveau und geringer Fehlerhäufigkeit (‚Null-Fehler-Annahme'). Dagegen stellen jenseits jeder subjektiven Bemühung um Fehlerminimierung das Gesundheitswesen und seine Organisationen einen Hoch-Risiko-Bereich dar (Fehler und Schäden treten im Prozentbereich auf (Schrappe et al. 2006)). Ergebnisse aus der modernen Fehlerforschung geben klar zu erkennen, dass die Unterschätzung der Komplexizität der Organisation einen der entscheidenden Gründe für diese dissonante Wahrnehmung darstellt (Dean et al. 2002).

152. Der bereits hohe Komplexizitätsgrad der Organisationen im deutschen Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren noch erhöht. Dieser weitere Anstieg resultiert aus folgenden Entwicklungen:

– Zunahme der Multimorbidität in einer älter werdenden Gesellschaft,

– deutliche Zunahme von (Produkt-)Innovationen bei gleichzeitig eingeschränkten Ressourcen,

– die zunehmende Durchdringung des beruflichen Alltags durch betriebswirtschaftlich bedingte Allokationsprobleme,

– zunehmende Heterogenität der Strukturen, z. B. durch neue Versorgungsangebote wie integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V,

– gestiegene externe Anforderungen durch Patienten, andere Leistungsanbieter, Kostenträger und Gesellschaft.

153. Die externen Anforderungen werden in den letzten Jahren als besonders problematisch erlebt (Bürokratie-Diskussion). Die Abrechnungsmethodik z. B. über DRG erlaubt eine weitgehende Transparenz über erbrachte Leistungen, erfordert gleichzeitig aber einen erheblichen Arbeitsaufwand in der Dokumentation. Weitere Anforderungen sind Qualitätssicherung und -management, Dokumentationen zu Programmen der Fachgesellschaften und zu Studien, Aufklärung der Patienten, Gewährleistung der Patientensicherheit, Anforderungen an Hygiene, Umweltmanagement etc.

154. Die Komplexizitätssteigerung durch die Differenzierung der Angebotsstrukturen muss besonders betont werden. Gab es vormals vor allem sektorale Angebote in der stationären, ambulanten und rehabilitativen Versorgung mit nur wenigen sektorübergreifenden Strukturen (z. B. Krankenhausambulanzen), werden diese jetzt ergänzt durch die sogenannten neuen Versorgungsformen wie integrierte Versorgung, Disease Management Programme und Medizinische Versorgungszentren.

155. Der Differenzierung der Organisations- und Vertragsstrukturen steht eine solche der Finanzierungsstrukturen gegenüber. Immer häufiger werden budgetwirksame Direktverträge mit einzelnen Kostenträgern abgeschlossen, was sich über die Realisierung unterschiedlicher Leistungsangebote bis in die individuelle Versorgung hinein auswirkt (z. B. integrierte Versorgung). Im stationären Sektor werden die Budgetverhandlungen ergänzt durch zahlreiche Verhandlungen mit einzelnen Krankenkassen, im ambulanten Sektor werden allerorten direkte Verhandlungen zwischen Ärztenetzen und Kostenträgern geführt. Patienten in Disease Management Programmen werden wiederum anders vergütet (Dokumentationspauschalen).

156. Organisationen gerade im Dienstleistungssektor sind auf eine Wissensbasis angewiesen, um sich weiterzuentwickeln und sich wandelnden Umweltbedingungen anpassen zu können. In den letzten Jahren ist durch die Entwicklungen auf dem Gebiet der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung dem Erfahrungswissen eine explizit den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis widerspiegelnde Wissensbasis zur Seite gestellt worden. Es wird von den Leistungsanbietern und den Berufsgruppen zunehmend erwartet, ihr therapeutisches Handeln nicht nur durch Erfahrung und individuelles Können (*skills*), sondern auch durch den Rückgriff auf diese evidenzgestützten Wissensbasen abzusichern (*knowledge*). Das explizite Umgehen mit dieser externen Information führt zu einer größeren Bedeutung von wissenschaftlich abgeleiteten Regeln im Berufsalltag (*rules*), die oft eher als Beengung denn als Hilfestellung erlebt werden, auf jeden Fall aber als eine neue Dimension, die zunächst als Steigerung der organisatorischen Komplexizität wahrgenommen wird.

157. In der ersten Linie sind hier die Dimensionen des Versorgens und Heilens von Patienten, der Wissenschaft und der ökonomischen Ausrichtung bzw. des Managements zu nennen. Die ‚Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung‘[36] wird sowohl von Wissenschaftlern als auch von Ärzten, Pflegenden und den anderen Gesundheitsberufen beklagt und als unvereinbar mit ihrem Berufsethos angesehen. Befürchtet werden eine Rationierung und der Verlust von Handlungsspielraum auf der Ebene des individuellen Patientenkontaktes. Aber auch zwischen der Krankenversorgung und der Wissenschaft gibt es Konflikte, wie es sich an den Universitätskliniken zeigt.

2.4.1.1 Traditionelle Handlungsoptionen der Gesundheitsberufe

158. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe versuchen diese Komplexizität durch erhöhte Anstrengungen im ‚eigenen Segment‘ zu bewältigen. Dieses Segment wird vor allem durch den individuellen Einflussbereich und die eigene Tätigkeit bzw. über das eigene Können definiert. In zweiter Linie wird auf Lösungsangebote innerhalb der Berufsgruppe gesetzt, wodurch sich die Berufsgruppenorientierung verstärkt. In dritter Linie wird auf die Lösungskompetenz der organisatorischen Substruktur (Abteilung, Fachgebiet) gesetzt, meist unter strikter Beachtung der sektoralen Abgrenzung (z. B. stationärer versus ambulanter Bereich). Erst zuletzt wird die Gesamtorganisation als Adressat und Steuerungsinstanz in Betracht gezogen, die über die Kompetenz verfügt, über neue organisatorische Ansätze bzw. über Management die Komplexizität zu reduzieren und dabei die Funktionsfähigkeit der Organisation nach innen und im Austausch mit der Umwelt zu erhalten bzw. zu verbessern.

159. Die Fokussierung der Berufsgruppen auf die individuelle und sektorale Bewältigung der organisatorischen Komplexizität und Unübersichtlichkeit hat zur Folge, dass sich die Angehörigen der Berufsgruppen in ihren immer weiter gesteigerten ‚kleinräumigen‘ Versuchen, die Situation zu verbessern, erschöpfen. Demotivation und

---

[36] Unter Ökonomisierung wird dabei meist der Druck in Richtung auf eine Orientierung gesundheitsbezogenen professionellen Handelns von Individuen und Institutionen an ihrer jeweiligen betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung verstanden. Ökonomisierung in diesem Sinne wird insbesondere dann deutlich und empirisch nachweisbar, wenn die aus dieser Logik resultierenden Anreize und Handlungsimpulse stärker sind als professionelle Qualitätsstandards, zu denen auch die u. a. aus dem Grundgesetzauftrag resultierende Orientierung an equity gehört. Eine Ökonomisierung des Versorgungshandelns in diesem Sinne verrät in der Tat die soziale Substanz der Gesundheitspolitik an eine nach Kaufkraft gestaffelte Verteilung von Leistungen, wenn und insoweit ihr nicht durch politische Strategien entgegen gewirkt wird und ist deshalb ein berechtigter Gegenstand von Sorge und Angst. Streng genommen bedeutet Ökonomisierung hingegen die Orientierung der Handlungen und Unterlassungen im Versorgungssystem (Medizin, Pflege, Pharmazie etc.) an den Kriterien der Effizienz einschließlich der Kosteneffektivität. Diese Form der Ökonomisierung ist angesichts stets knapper Ressourcen eine Notwendigkeit und – angesichts der weitgehenden Finanzierung der Versorgung aus solidarisch kalkulierten Zwangsbeiträgen – auch eine ethische Forderung. Wenn in der politischen und wissenschaftlichen Debatte zwischen diesen beiden Formen der Ökonomisierung sauber differenziert würde, könnte der daraus zu ziehende Rationalitätsgewinn erheblich gesteigert werden.

die Wahl anderer Berufswege sind die Konsequenz, Management und Führung werden als inkompetent wahrgenommen, der Rückgriff auf tradierte berufliche Rollen liegt nahe.

160. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Führungskonzepten des Gesundheitswesens wieder. Zum einen besteht ein Hang zum phänomenologischen Verständnis von Führung im Sinne von Führungsstilen und Führungstypen, die gegenüber einem interaktiv oder über systemisch verstandene Rollen definierten Verständnis überbewertet werden. Zum anderen steht hinsichtlich des Führungsverständnisses vor allem im ärztlichen Bereich meist die Aufgabenorientierung im Vordergrund, während die Beziehungsorientierung weniger Beachtung findet. Ganz allgemein kann die Attribution von ‚hervorragenden' Führungseigenschaften als Korrelat für die Tendenz angesehen werden, die Lösung komplexizitätsbedingter organisatorischer Probleme als ausschließlich individuelle Aufgabe zu verstehen. Andererseits kann auch ein Primus inter pares die Zusammenarbeit und Kooperation der Gesundheitsberufe fördern.

2.4.1.2 Entwicklungsoptionen für die Organisationen des Gesundheitswesens

161. Die Organisationen im Gesundheitswesen sind als sogenannte Expertenorganisationen zu verstehen (Grossmann et al. 1999), die durch eine hohe Autonomie ihrer Mitglieder gekennzeichnet sind. Der direkte Kontakt zum Nutzer, für Dienstleistungsorganisationen konstituierend und im Gesundheitswesen persönlich-interaktiv geprägt, ist in Expertenorganisationen sehr hervorgehoben und wird von den Experten weitgehend selbständig gestaltet. Die Mitglieder einer Expertenorganisation identifizieren sich über ihre professionellen *peer-groups*, die auch über die individuellen Karrierechancen entscheiden. Zwischen dem fachlich organisierten System der Experten und dem sozialen System der Organisation besteht ein deutlicher Widerspruch hinsichtlich Zielsetzung und Steuerung. So werden im jeweiligen Fach Innovationen rasch umgesetzt, während Veränderungen der Gesamtorganisation nur sehr träge und verzögert ablaufen. Auf der Ebene der Experten wird Kommunikation unter dem Aspekt der Kollegialität effektiv hergestellt, auf der Ebene der Organisation fehlt meist ein wirksames Management oder dem Management fehlt die Durchgriffsmöglichkeit. Die Organisation wächst über ihre Einheiten (Abteilungen), die additiv um die Experten herum aufgebaut werden. Die Führung und das Management einer Expertenorganisation haben sich besonders mit dem Paradoxon auseinanderzusetzen, dass einerseits die Leistungsfähigkeit der Abteilungen zu verbessern ist, die auf der Autonomie der Experten beruht, andererseits die Entwicklung und der Integrationsgrad der Organisation gestärkt werden muss, was auf Kosten der Autonomie der Experten gehen kann.

162. Die Organisationen des Gesundheitswesens in Deutschland stehen gegenwärtig im Übergang von der verrichtungsorientierten, funktionalen Aufbauorganisation nach Berufsgruppen (‚Linien') zur divisionalen, an ‚Sparten' (‚Geschäftsfeldern') orientierten Aufbauorganisationen. Die Nachteile der Linienorganisation mit Konzentrierung der Konfliktlösungskompetenz auf der obersten Ebene und Zuständigkeitsproblemen im Fall unvorhergesehener Anforderungen (wie im gegenwärtigen Strukturwandel) wurden in den letzten Jahren erkannt und führten zur Erprobung dezentraler Organisationsformen, in denen Fachgebiete (z. B. Kardiologie) oder Gruppen von Fachgebieten (z. B. Innere Medizin oder ‚Kardiovaskuläre Erkrankungen') zusammengefasst und mit eigenen Budgets sowie Managementstrukturen ausgestattet wurden. Allerdings werden die Nachteile der divisionalen Organisation im Allgemeinen und die Limitationen in Organisationen des Gesundheitswesens im Besonderen unterschätzt, die vor allem in der nicht immer möglichen Abgrenzung der Geschäftsfelder (z. B. Abgrenzung Kardiologie von Angiologie, Radiologie oder Herzchirurgie) und im suboptimalen Gesamtergebnis durch Dominanz des Sparteninteresses liegen. Insbesondere der letzte Punkt (‚Privatisierung der Gewinne und Sozialisierung der Risiken') ist von großer Bedeutung.

163. Angesichts der komplexen Anforderungen rücken derzeit in Ergänzung divisionaler Strukturen verschiedene Formen der lateralen Organisation in den Mittelpunkt des Interesses. Insbesondere werden sogenannte Zentren diskutiert, unter denen allerdings nur in einigen Fällen Querschnittsstrukturen im Sinne von Matrix-Elementen verstanden werden (Behrends et al. 2002). Matrixstrukturen basieren auf projektbezogenen oder dauerhaften Mehrfachzuständigkeiten von Organisationsmitgliedern, die zusätzlich zu ihrer Funktion in der Linie bzw. in der Sparte übergreifende Aufgaben wahrnehmen, die vorher durch Abstimmungsprobleme und partikulare Interessen nicht optimal umgesetzt werden konnten. Sie stellen eine gute Möglichkeit dar, Mitarbeiter mit ausgewiesener Expertise in der Krankenversorgung, Forschung oder Lehre durch die Übernahme von Projekt- bzw. Funktionsverantwortung an Führungspositionen heranzuführen bzw. Führungspersonen durch die Koordination komplexer Strukturen zusätzliche Verantwortung zu geben. Allerdings haben Matrixstrukturen für die Verantwortlichen einen erhöhten Führungsaufwand zur Folge, denn sie machen den nicht kritischen Zusammenhang zwischen Spezialisierung und Integration explizit und führen zu Problemen mit Doppelzuständigkeiten und -unterstellung, Rollenkonflikten u. Ä.

164. Obwohl die Institutionen des Gesundheitswesens in besonderem Maße auf ihre Mitarbeiter und deren kommunikative Kompetenz sowie deren persönlichen Einsatz angewiesen sind, gibt es derzeit Defizite in der Mitarbeiterführung, der Mitarbeiterorientierung und insgesamt im Bereich der Corporate Identity bzw. Organisationskultur (Albrecht/Töpfer 2006). Viele Krankenhäuser verfügen nicht über das Instrument strukturierter Mitarbeitergespräche und führen keine Mitarbeiterbefragung durch, auch wird auf das Instrument der Vorgesetztenbewertung verzichtet. Konzepte des Organisationslernens sind in der Folge nicht weit verbreitet bzw. finden keine Anwendung, da es meist nur finanzielle Vorgaben sind, die kommuniziert werden, und keine Vereinbarungen über

Qualität oder Patientensicherheit zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, die geschlossen werden. Hier gibt es für die Organisationen des Gesundheitswesens ein weites Feld an Entwicklungsmöglichkeiten. Die Optionen haben hinsichtlich der Komplexizitätsproblematik große Bedeutung, denn letztlich können diese – ein entsprechendes *committment* der Führungsebene vorausgesetzt – nur im Rahmen einer konkreten Vorstellung über die ‚lernende Organisation' durch die dezentralen Subsysteme (Abteilungen) der Organisation umgesetzt werden, und dies ist wiederum nur möglich, wenn die Werte, Normen und Visionen der Organisation durch alle Mitglieder verstanden und vertreten werden. Die Bedeutung der Organisationskultur kann am Beispiel der Sicherheitskultur sehr gut dargelegt werden, denn wenn die Organisation über kein gemeinsames Verständnis von Fehlern und Schäden verfügt (Deutung im Sinne des Prozesscharakters, Systemursachen versus individuelle Ursachen), kann eine wirksame Fehlerprävention nicht aufgebaut werden (s. auch Kapitel 5). Fehler werden ‚untersagt', Organisationen und deren Mitglieder gehen in diesem Fall sogar soweit, dass sie sich dem Null-Fehler-Verständnis scheinbar anschließen und keine Fehler mehr aufzutreten scheinen – obwohl dies nicht der Realität entspricht. Eine intakte Organisationskultur ist nicht ohne Investition von Zeit und Ressourcen aufzubauen, man spricht daher auch von dem sogenannten Sozialkapital, das als Grad des sozialen Zusammenhalts und der Identifikation mit den Zielen der Organisation sowie der Bereitschaft definiert ist, sich für die Ziele der Organisation einzusetzen (Gunnarsdottir 2006).

2.4.1.3 Konsequenzen für die Gesundheitsberufe

165. Die entscheidende Entwicklungsperspektive für die Gesundheitsberufe besteht im Abschied von der rein individuellen oder auf die Berufsgruppe bezogenen Verantwortung für die Handhabung (Reduktion) der Komplexizität, die Organisationen des Gesundheitswesens gerade in der gegenwärtigen Umbruchsituation in Deutschland auszeichnet. Auch sollte die Erkenntnis umgesetzt werden, dass auf Abteilungen oder Versorgungssektoren bezogene Lösungsansätze das Problem nicht lösen. Stattdessen muss die Organisation als Ganzes bzw. die Organisation des Behandlungsablaufes als Ganzes in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt werden (Albrecht/Töpfer 2006).

166. Die erste Konsequenz aus dieser Perspektive besteht darin, dass die Gesundheitsberufe Verantwortung für das Management der Gesamtorganisation und nicht nur für die Belange der eigenen Berufsgruppe bzw. Abteilung übernehmen. Dieser Perspektivwechsel setzt die Schulung von Mitarbeitern der therapeutischen Berufsgruppen in spezifischen Elementen von Management, Organisationstheorie und Betriebswirtschaft voraus. Von diesen Mitarbeitern, die eine umfassende Sicht der organisatorischen Belange entwickelt haben, können am ehesten Vorschläge und Strategien zur Bewältigung der organisatorischen Probleme erwartet werden. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass diese Vorschläge auch in einer Expertenorganisation akzeptiert werden.

167. Wenngleich die Kompetenz der Organisation zur Bewältigung der auf Komplexizität zurückgehenden Probleme kein Allheilmittel darstellen, kann diese Verschiebung der ‚gefühlten Zuständigkeit' zu Freiräumen und Entlastung für die Berufsgruppen führen, die sie in Akzentverschiebungen ihres Selbstverständnisses und in der Erprobung von neuen Kooperationsformen mit den benachbarten Berufsgruppen investieren können. Bezüglich des Selbstverständnisses stehen neue Formen der Aus- bzw. Weiterbildung im Mittelpunkt. Fand diese bislang innerhalb einer starren intraprofessionellen Hierarchie statt, mit unsicherem Zugang zu den Trainingsmöglichkeiten (z. B. Einteilung im OP-Plan) und mit sehr langen Ausbildungszeiten, stehen jetzt moderne Trainingsmethoden wie Simulationstechniken, Gruppenlernen und spezifische Methoden zur Entwicklung von *skills* zu ganz speziellen Fragestellungen zur Verfügung (McCulloch 2006). Allerdings muss in der Folge die Loyalität und die Kooperation der Mitarbeiter durch Mittel der Mitarbeiterführung und die vertragliche Gestaltung der Arbeitsbeziehungen gewonnen werden.

168. Neben der Aus- und Weiterbildung der Berufsgruppen ergibt sich die Möglichkeit, über Spezialisierung und Arbeitsteilung neu nachzudenken. Bei aller Rechtfertigung für eine Spezialisierung im Gesundheitswesen ist nicht zu übersehen, dass diese auch Nachteile in sich birgt. Es gibt einen Mangel an operativ tätigen Ärzten, die gelernt haben, sich in Regionen mit geringer Krankenhausdichte in der gesamten Breite ihres Faches zu betätigen, unter der Bedingung, dass sie Patienten, deren Krankheitsbild ihren Fähigkeiten nicht entspricht, weiterverweisen. In der Inneren Medizin gibt es einen Mangel an erfahrenen Ärzten, die ‚den unklaren Fall' aus der Perspektive der Generalisten beurteilen können. In beiden Fällen sind Spezialisten oft und hartnäckig Gegner – eine souveränere Haltung der Berufsgruppe bestünde darin, Spezialisierung und Breite des Könnens hinsichtlich Vor- und Nachteilen nebeneinander und differenziert auszubilden und zu würdigen.

169. Auf diesem Hintergrund ist eine Diskussion über eine Veränderung der Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen möglich und auch nötig. Nur Berufsgruppen, die in der Lage sind, von ihnen selbst nicht lösbare Aufgaben aus dem Bereich der individuellen Verantwortung an eine kompetente Organisation abzugeben und darauf verzichten, die gesamte Komplexizität der Organisation abzubilden und zu bewältigen, und die gleichzeitig Daten zu ihrer eigenen Leistungsfähigkeit aktiv einbringen, können mit anderen Berufsgruppen Kooperationen eingehen. In dieser Situation ist es möglich, neue Kooperationsformen zu definieren, die allen Beteiligten die Chance der Neujustierung auf besserem Niveau gestatten. Als Leitgedanke kommt dabei die Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patienten (Prozessorientierung) in Frage, die sich nicht ausschließlich an der Tätigkeit der Professionen orientieren sollte, sondern die arbeitsteilige Beteiligung der Berufsgruppen an der Patientenbehandlung im Blick hat.

2.4.2 Altersstrukturwandel und Wandel des Krankheitspanoramas

170. Bereits heute weist Deutschland weltweit den dritthöchsten Anteil über 60-Jähriger auf und nimmt Platz vier ein in Bezug auf das höchste Durchschnittsalter der Bevölkerung. Dabei ist es insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen, die schnell anwächst, denn die Zahl der über 80-Jährigen hat in den letzten 47 Jahren um 275 % zugenommen. Die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig rückläufigen Kinderzahlen führt Prognosen zufolge in den nächsten Jahrzehnten dazu, dass mehr als jeder zehnte Bundesbürger zur Gruppe der Hochaltrigen gehört (BMFSFJ 2002). Somit wird ein langes Leben immer häufiger zur individuellen und sozialen Realität.

171. Der Altersstrukturwandel hat das Gesundheitsniveau bzw. Krankheitsgeschehen verändert und somit auch die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen (vgl. GA 2000/2001, III.1). Dieser Veränderungsprozess wird sich fortsetzen. Bislang ist nur schwer einzuschätzen, inwieweit kommende Generationen älterer und alter Menschen selbst das Gesundheitssystem verändern werden, indem sie beispielsweise andere Ansprüche an ihre gesundheitliche Versorgung formulieren, andere Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Einbußen entwickeln oder bereit sind, größere Eigenverantwortung zur Gesundheitserhaltung zu realisieren. Unabhängig davon ist die Optimierung der Versorgung vor allem chronisch kranker (alter) Menschen, d. h. ein effizienterer und effektiverer Einsatz der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel, von hoher gesundheitspolischer Relevanz und fordert alle beteiligten Akteure dazu heraus, einen Konsens zu finden über Umfang, Qualität sowie die Finanzierung gesundheitlicher Leistungen für eine immer älter werdende Bevölkerung. Die Gesundheitsberufe haben aufgrund der zunehmenden und veränderten Krankheitslast in den Gesellschaften des langen Lebens eine besondere Verantwortung für eine innovative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

2.4.2.1 Krankheitspanorama: Vorherrschen chronischer Krankheiten

172. Chronische Erkrankungen sind heute weltweit die Hauptursache für Behinderung und Tod. So werden 59 % aller 57 Millionen Todesfälle pro Jahr durch nicht übertragbare Krankheiten[37] verursacht, die wiederum 46 % der weltweiten Krankheitslast ausmachen (WHO 2006). In den nächsten 25 Jahren werden weltweit immer mehr Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten begründet werden und bereits heute geht die WHO davon aus, dass allein in der WHO Region Europa nicht übertragbare Erkrankungen, die zumeist einen chronischen Verlauf haben, 77 % der Krankheitslast ausmachen und für 86 % der Todesfälle verantwortlich sind (WHO 2006b).

173. Die allgemeine Lebenszeitverlängerung erhöht die Möglichkeiten einer Manifestation vormals latenter chronischer Krankheiten und lässt degenerative Prozesse an Bedeutung gewinnen (s. auch Abschnitt 6.2.2). Bei einer bundesweit repräsentativen Telefon-Befragung des Robert Koch Instituts im Jahr 2004 gaben 41 % der Frauen und 35,1 % der Männer an, unter einer chronischen Erkrankung oder Gesundheitsstörung zu leiden.[38] In der Gruppe der ab 70-Jährigen waren dies sogar 55,5 % der Frauen und 54,9 % der Männer (Ellert et al. 2006). Während im Jahr 2005 37,4 % aller gesundheitlich Beeinträchtigter im Mikrozensus eine Krankheitsdauer von einem Jahr oder mehr angaben, lag dieser Anteil in der Altersgruppe der über 65-Jährigen bei 62 % (Statistisches Bundesamt 2006).[39] Mit steigendem Alter nehmen aber nicht nur das Vorkommen chronischer Krankheiten und der Anteil schwerer Erkrankungen zu, sondern das Krankheitsgeschehen wird durch das Phänomen der Multimorbidität geprägt. Im Alterssurvey[40] 2002 gaben 24 % der über 70-Jährigen an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden, während lediglich 7 % keine Erkrankung aufwiesen (Tesch-Römer 2006). In der Gruppe der 40 bis 45-Jährigen lagen diese Anteile bei 12 % (fünf und mehr Erkrankungen) und 32 % (keine Erkrankung). Multimorbidität stellt wiederum ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Behinderungen sowie funktionellen Einbußen dar, die sich zudem nicht einfach summieren, sondern oftmals in komplexer und synergetischer Weise verstärken. Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es in der Folge dann nicht selten zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. In diesem Kontext zeigt zum Beispiel die Analyse von Krankenkassendaten für 73 000 ältere Betriebskrankenkassenangehörige, dass bei 14 % die Schwere der chronischen Erkrankung zur Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI führte (Kuhlmey et al. 2003).

174. Chronische Krankheiten weisen zentrale Charakteristika auf. Dazu zählt ein kontinuierliches oder periodisches Auftreten von Krankheitssymptomen, die durch irreversible pathogene Prozesse verursacht werden. Chronische Krankheiten können mit einem lang andauernden, teilweise hohen Betreuungsbedarf einhergehen, wobei die medizinischen Therapieeffekte im Sinne einer Kuration häufig begrenzt sind. Daher kommt es im Krankheitsverlauf zu erheblichen Veränderungen, die nahezu alle Lebensbereiche des Erkrankten tangieren und psychosoziale Adaptionsleistungen verlangen (GA 2000/2001, III.1). Aus der Perspektive der Patienten führt dies zu Einschränkungen der individuellen Lebensführung in Form von Selbstversorgungsdefiziten (Schaeffer/Moers 2000). Bekannt ist aber auch, dass lediglich eine kleine Zahl von Risikofaktoren die enorme Krankheitslast chronischer Erkrankungen determiniert. Hierzu zählen Alko-

---

[37] Dazu zählen nach WHO Angaben: Neubildungen, Diabetes mellitus, endokrine Störungen, neuropsychiatrische Störungen, Erkrankungen der Sinnesorgane, kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, des Verdauungssystems, des Genitaltraktes, Hauterkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, angeborene Abnormalitäten, Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes (WHO Europe 2004).

[38] Es gilt zu berücksichtigen, dass diese Art der Fragenformulierung zu einer Überschätzung der Prävalenzen chronischer Erkrankungen führt.

[39] In der Mikrozensus-Befragung lag der Anteil der in den letzten vier Wochen Kranken (auch chronisch Kranken) bei 12,7 %. Die starke Abweichung zu den Ergebnissen des Telefonsurveys des Robert Koch Instituts könnte mit der Art der Fragestellung zusammenhängen.

[40] Befragt wurden Personen ab einem Alter von 40 Jahren.

hol- und Nikotinkonsum, Übergewicht, erhöhte Cholesterinwerte, Hypertonie sowie mangelnde körperliche Aktivität und Fehlernährung im Sinne eines zu geringen Obst- und Gemüseverzehrs (WHO 2006 a/b; WHO Europe 2004), fehlende soziale Unterstützung, schlechte Eingebundenheit in soziale Netze, fehlende soziale Integration und niedriger sozialer Status.

2.4.2.2 Gesundheitsversorgung und Altern der Bevölkerung

175. Die adäquate Versorgung chronisch kranker (meist älterer und alter) Menschen stellt eine der bedeutendsten und größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. Im Bereich der stationären Versorgung ist davon auszugehen, dass rund zwei von fünf Krankenhausbetten (40 %) der Behandlung über 65-jähriger Patientinnen und Patienten dienen (Garms-Homolová/Schaeffer 1998). Dabei steigt die Einweisungsrate mit dem Lebensalter und der Zahl der Erkrankungen im Sinne von Multimorbidität. Die Häufigkeit der stationären Aufnahme bei älteren Personen hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht (Robert Koch Institut 2006). Besonders deutlich zeigt sich dies bei Patienten ab 75 Jahren. Hier stieg die Behandlungsquote zwischen 1994 und 2003 um 25 % von 44 300 auf 55 400 Krankenhausfälle je 100 000 Personen. Im Jahr 2004 wurden mehr als doppelt so viele Patienten in der Gruppe ab 65-Jährigen im Krankenhaus behandelt (nämlich fast 44 400 pro 100 000 Einwohner) wie in der Gruppe der 45- bis unter 65-Jährigen (Statistisches Bundesamt 2006). Ältere Personen werden aber nicht nur häufiger stationär behandelt, sie werden auch länger behandelt. Auch wenn die durchschnittliche stationäre Verweildauer bei den ab 65-Jährigen von 16 Tagen im Jahr 1994 auf knapp 10 Tage im Jahr 2004 zurückgegangen ist, liegt sie immer noch um durchschnittlich drei Tage über der durchschnittlichen Verweildauer der unter 65-Jährigen. Die Verweildauerverkürzung bei älteren Patienten könnte möglicherweise auf einen gestiegenen post-stationären Versorgungsbedarf hindeuten. Befunde zur Leistungsinanspruchnahme durch alle über 60-jährigen Angehörigen einer Betriebskrankenkasse weisen in ähnliche Richtung. Demnach musste sich jeder Fünfte (21 %) in der Versichertengruppe im Jahr 2000 stationär behandeln lassen. Dies führte zu insgesamt rund 300 000 Behandlungstagen. Im Mittel wurde jeder dieser Krankhauspatienten 1,7 Mal stationär aufgenommen und verbrachte 18 Tage in der Klinik. Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen entfielen die meisten stationären Behandlungen auf die Gruppe der 70- bis 74-Jährigen. Durchschnittlich lagen den Krankenhausaufenthalten pro Person 1,4 Diagnosen zu Grunde und 80- bis 84-Jährige wiesen die meisten Diagnosen auf. Fast die Hälfte aller ermittelten stationären Behandlungsfälle (45,2 %) gingen auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zurück sowie auf bösartige Neubildungen. Diese Krankheitsbilder begründeten darüber hinaus rund zwei Drittel aller Mehrfachkrankenhausaufenthalte (Winter/Kuhlmey 2006).

176. In der ambulanten allgemeinmedizinischen und internistischen Versorgung ist der vergleichsweise kleinen Gruppe (ca. 18 % der Gesamtbevölkerung) über 60-jähriger Patienten nahezu die Hälfte (49 %) aller Arztkontakte zuzurechnen (Schwartz et al. 1999). Des Weiteren wird deutlich, dass mehr als jeder fünfte Patient in allgemeinmedizinischen Praxen an einer chronischen Erkrankung leidet und in allen Quartalen eines Jahres den Arzt aufsucht. Ein niedergelassener Allgemeinmediziner erbringt durchschnittlich für jeden dieser chronisch kranken Dauerpatienten 48,2 Leistungen innerhalb von 19 Kontakten pro Jahr (Brenner et al. 2000). Insgesamt ist auch die Gesundheitsversorgung im ambulanten medizinischen System durch eine deutliche Altersabhängigkeit gekennzeichnet. So nimmt beispielsweise ein über 79-jähriger Mann im Vergleich zu einem 40- bis 49-Jährigen innerhalb von zwölf Monaten mehr als doppelt so häufig ambulante ärztliche Hilfe in Anspruch (Nink et al. 2001) und rund drei von vier aller 70- bis 90-Jährigen (78 %) suchen mindestens einmal innerhalb von acht Wochen eine Arztpraxis auf (Garms-Homolová/Schaeffer 1998).

177. Insgesamt stellt die Versorgung chronisch kranker (meist älterer) Menschen einen komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess dar, bei dem unterschiedliche Ansätze verschiedener Disziplinen wie Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege im Zusammenspiel der Kostenträger und Leistungserbringer benötigt werden. Der Sachverständigenrat hat die Versorgungsdefizite von chronisch Kranken umfassend dargestellt (GA 2000/2001, III.1): Nach wie vor besteht in Deutschland eine Dominanz der akutmedizinischen Versorgung. Die Prävention und Rehabilitation von chronisch Kranken wird vernachlässigt. Auch findet eine unzureichende Berücksichtigung der sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge dieser Patientengruppe und ihrer Angehöriger statt (‚somatische Fixierung‘). Schulung, Information und Partizipation des Patienten sind unzureichend. Weitere Versorgungsdefizite sind ein Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen, das Nichtbefolgen evidenzbasierter Leitlinien sowie eine unzureichende Vorbereitung auf die Versorgungsbedürfnisse von Chronikern in der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Das zentrale Problem ist eine unzureichende sektorübergreifende Versorgung. Allen Gesundheitsberufen kommt für die Überwindung dieser Versorgungsmängel eine bedeutsame Aufgabe zu.

2.4.2.3 Folgen des Altersstruktur- und Krankheitswandels für die Gesundheitsberufe

178. Angesichts der stark wachsenden alten Bevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl junger Menschen in der Bundesrepublik stellt sich die Forderung nach der Sicherstellung der personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung. Mehr denn je wird es zukünftig für alle Gesundheitsberufe darauf ankommen, eine ausreichende Anzahl junger Menschen für die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aufgaben zu gewinnen. Schon heute zeigt sich in manchen Regionen Deutschlands ein Mangel an qualifizierten Fachkräften für Medizin und Pflege (BMFSJ 2002; Winter 2005). Zum anderen wird es darum gehen müssen, den Nachwuchs adäquat zu qualifizieren und auf die veränderten Nutzerrealitäten im Sinne der Bedürfnisse chronisch kranker (meist älterer) Patienten vorzubereiten. Diese Bedürfnisse können durchaus sehr

heterogen sein. Nicht jeder (chronisch) Erkrankte benötigt eine medizinische Vollversorgung. Teilweise erfordert der Krankheitsverlauf primär eine gute Patientenschulung, Information über das Krankheitsgeschehen und Möglichkeiten der Prävention sowie eine regelmäßige Kontrolle des Verlaufs. Die Gesundheitsberufe müssen diese verschiedenen Bedürfnisse adäquat abdecken.

179. Die Versorgung im ambulanten Sektor muss als Folge des Altersstruktur- und Krankheitswandels weiter ausgebaut werden. Dies erfordert ein Ineinandergreifen von Prävention, Pflege, Rehabilitation, Kuration und Gesundheitsförderung. Aus Sicht des chronisch Kranken, aber auch des alten Patienten ist es dabei besonders wichtig, möglichst lange im eigenen, häuslichen Umfeld und in Selbständigkeit zu verweilen und dort medizinisch, pflegerisch oder therapeutisch versorgt zu werden. Eine repräsentative Befragung unter 2000 Deutschen im Jahr 2003 zeigte, dass lediglich 10,8 % der Befragten in einem Seniorenheim wohnen möchten, wenn der Haushalt nicht mehr allein zu bewältigen ist. 30,1 % der Befragten möchten in diesem Fall zu Hause mit professioneller Hilfe leben, 21,3 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und 29,3 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und professioneller Hilfe (Dorbritz et al. 2005). In diesem Zusammenhang sei auf die Bedeutung der Laienmedizin hingewiesen sowie auf die Notwendigkeit, die Selbsthilfekompetenzen[41] des Patienten zu stärken.

Dies kann in Zukunft für die Gesundheitsberufe auch bedeuten, dass ein erhöhtes Maß an Mobilität erforderlich ist, um den Patienten verstärkt zu Hause zu betreuen.

180. Zukünftig wird es bei der Versorgung von Patienten verstärkt darum gehen, die Behandlung im Sinne von Krankheitsprävention bereits bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren zu beginnen (z. B. Hypertonie, Adipositas). Diese Form von Behandlung muss jedoch in Zukunft effektiver gestaltet werden. Somit kann von einer populationsbezogenen Versorgung gesprochen werden, die die verschiedenen Versorgungsbedarfe in den unterschiedlichen Stadien des Krankheitsverlaufs adäquat berücksichtigt (*stepped care*[42]). Dabei geht es also nicht nur um die Konzentration auf eine bestimmte Krankheit in einem spezifischen Stadium, sondern auch Ko- und Multimorbiditäten des Patienten sind zu berücksichtigen.

181. Die Institutionen und Berufe des Gesundheitssystems sind heute zu wenig auf eine strukturierte Langzeitversorgung chronisch Kranker und alter Patienten vorbereitet (Gerlach et al. 2006a). Sie fokussieren bisher in erster Linie auf die (im Voraus wenig geplante) Versorgung von Akutpatienten (‚Dominanz des Dringlichen‘). Im Idealfall erfolgt die Versorgung von chronischen Erkrankungen flächendeckend, in guter Erreichbarkeit für die Patienten, in Form einer kontinuierlichen und verlässlichen Langzeitbetreuung mit gesicherter Versorgungsqualität (Gerlach et al. 2006a). Die Therapien müssen nicht nur eingeleitet, sondern auch durchgehalten werden, wofür sowohl der Patient als auch unterschiedliche Gesundheitsberufe verantwortlich sind (‚Adherence‘). Hierfür ist auch eine gute Kommunikation zwischen allen Akteuren im Versorgungsprozess und mit dem Patienten sowie eine funktionierende Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und Sektoren notwendig. Bei einer international vergleichenden Studie[43] von schwerer erkrankten Erwachsenen zu ihren Erfahrungen mit ihrem jeweiligen Gesundheitswesen aus dem Jahr 2005 berichteten 40 % der befragten Deutschen von Koordinationsproblemen zwischen verschiedenen medizinischen Leistungsebenen. Signifikant schlechter als in anderen Ländern wird die Koordination bei der Krankenhausentlassung (60 %) beurteilt (Schoen et al. 2005).

182. Die Nutzerperspektive muss von allen Gesundheitsberufen mehr als bislang in die Ausgestaltung der Versorgung, in die eigene Ausbildung und Qualifikation und nicht zuletzt in alle Entscheidungen des diagnostischen und therapeutischen Handelns einbezogen werden. Deutsche Patienten beurteilen ihr Gesundheitswesen in zahlreichen Aspekten positiv. Als defizitär wird jedoch die kommunikative Kompetenz von Ärzten eingeschätzt (Coulter et al. 2003; Dierks et al. 2006).

In Deutschland geben fast zwei Drittel (61 %) der Befragten an, ihr Arzt informiere sie nicht immer über Behandlungsalternativen und frage sie nicht immer nach ihrer Meinung, wobei Frauen signifikant häufiger zu dieser Einschätzung gelangen. Beinahe die Hälfte der Befragen (46 %) gibt an, selten oder nie durch den Arzt über die Behandlungsziele informiert zu werden und 42 % antworten, sie würden von ihrem Arzt keine klaren Anweisungen erhalten, auf welche Warnsymptome sie achten müssen. Diese Anweisungen wären jedoch im Zusammenhang mit einem wirkungsvollen Selbstmanagement sehr wichtig (Schoen et al. 2005). Eine weitere vergleichende Studie zur Patienten-Hausarzt-Interaktion in sechs europäischen Ländern[44] ergab, dass die Gesprächsdauer mit dem Hausarzt in Deutschland mit im Durchschnitt 7,6 Minuten kürzer ist als in allen anderen untersuchten Ländern (Bahrs 2003). Diese liegt im Durchschnitt aller Länder bei 10,8 Minuten. Auf der anderen Seite liegt die Konsultationshäufigkeit in Deutschland mit durchschnittlich 12 Hausarztbesuchen pro Jahr über dem Durchschnitt aller untersuchten Länder (8 Besuche). Sowohl für den Patienten als auch für den Hausarzt in Deutschland sind die geführten Gespräche am meisten belastend und am wenigsten patientenorientiert (Bahrs 2003).

183. Letztendlich kommt es darauf an, dass die Gesundheitsberufe daran mitarbeiten, dass die Defizite im Spek-

[41] Der Rat misst dieser Thematik eine große Bedeutung zu. Gleichwohl soll sie in diesem Kapitel über die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ausgeklammert und in einem zukünftigen Gutachten eingehend behandelt werden.

[42] Donovan, Marlatt 1993 beschreiben die Stepped-care-Versorgung als die effektivste und gleichzeitig am wenigsten belastende, kürzeste und kostengünstigste Intervention, die angesichts der Art und Schwere der Problematik möglich ist. Erst wenn diese „Minimalinvasion“ nicht zum gewünschten Ergebnis führt, wird die nächst höhere Interventionsstufe gewählt. Dieses Prinzip wird auch im Sinne eines effektiven und effizienten Einsatzes von Gesundheitsberufen beschrieben Katon et al. 2001.

[43] Die andern Länder waren Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und die USA.

[44] Niederlande, England, Spanien, Belgien, Deutschland und Schweiz.

trum der Versorgungsmöglichkeiten beseitigt werden. Es gibt inzwischen gute Modelle, die darauf abzielen, das Versorgungssystem an den Wandel des Krankheitspanoramas anzupassen. Noch gibt es aber Lücken vor allem dort, wo die kurative Medizin den komplexen Gesundheitsproblematiken chronisch kranker und alter Menschen nicht gerecht wird. Es reicht nicht, dass (geriatrische) Spezialeinrichtungen multiprofessionelle Strategien vorhalten, benötigt werden diese Kompetenzen in der Regelversorgung und auf jeder Versorgungsstufe (ambulant, teilstationär und stationär). Das insbesondere für den Bereich der Primärversorgung entwickelte und international bereits umgesetzte Chronic Care-Modell (Wagner et al. 1996) ist dabei eine Möglichkeit, den beschriebenen Versorgungsdefiziten in der Chronikerversorgung zu begegnen. Im Zentrum des Modells steht die produktive Interaktion zwischen informierten, aktiv ins Behandlungsgeschehen eingebundenen Patienten und proaktiven Versorgungs- bzw. Praxisteams. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Interaktion sind ausreichend entwickelte Strukturen in folgenden Bereichen: Erstens die Unterstützung des Selbst-Managements des Patienten, z. B. durch Patientenschulungen, die durchaus durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durchgeführt werden kann und ggf. einer speziellen Schulung des Personals bedürfen. Zweitens die Gestaltung der Leistungserbringung und Versorgungsabläufe, insbesondere durch eine effektive Aufgabenverteilung im Versorgungsteam oder durch Einsatz eines Case-Managers (ein weiteres Beispiel ist eine verbesserte Organisation der Praxisabläufe durch die Einplanung spezieller Chroniker-Sprechstunden) (s. auch Abschnitt 2.6.2). Damit wird die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung zu Gunsten der geplanten, vorausschauenden Versorgung von Chronikern durchbrochen. Hierfür ist eine entsprechende Neuorientierung des gesamten Versorgungsteams notwendig. Drittens eine Entscheidungsunterstützung für Leistungserbringer (z. B. evidenzbasierte Leitlinien) und Patienten (z. B. Patientenversionen der entsprechenden Leitlinie) sowie den Einsatz von klinischen Informationssystemen.

Eine Übertragung des Modells auf den deutschen Kontext findet momentan statt. Erste praktische Erfahrungen in der Anwendung liegen bereits vor (Gensichen et al. 2006a). Für die Zukunft bedeutet dies, dass verstärkt multidisziplinäre Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in der primären Gesundheitsversorgung eingesetzt werden, die sich verschieden, je nach Bevölkerungsstruktur und regionalen Besonderheiten, zusammensetzen können.

2.4.3 Medizinisch-technischer Fortschritt

184. Der medizinisch-technische Fortschritt[45] bestimmt in großem Umfang Arbeitsstrukturen, Arbeitsinhalte und -formen in der Medizin und prägt ihr Erscheinungsbild. Er liefert eine wesentliche Grundlage für die wirtschaftliche Dynamik des Gesundheitswesens, insbesondere auch hinsichtlich der Arbeitschancen und -bedingungen der beteiligten Berufsgruppen. Der medizinisch-technische Fortschritt birgt ein großes Potential an neuen, modernen und anspruchsvollen Arbeitsplätzen. Bereits im Jahre 2001 lag der Umsatz auf diesem Sektor in Europa bei 7,5 Mrd. € und 60 000 Beschäftigten (Europäische Kommission 2002).

185. Angesichts der demographischen Entwicklung und der Verschiebung des Morbiditätsspektrums in Richtung chronische Krankheiten werden ein wachsender Gesundheitsmarkt und darin ein relativ starker Anstieg der Medizintechnik erwartet. So wird ein zunehmender Bedarf an ‚reparativer' Medizin beispielsweise in den Feldern Knochenchirurgie, Augenheilkunde und der Koronarchirurgie sowie nach zuverlässiger nicht-invasiver und schneller Diagnostik gesehen, die die Nachfrage nach Medizintechnik erhöhen wird (BMBF 2005). Besondere Erwartungen der Altersmedizin verbinden sich mit verbesserten Behandlungsmöglichkeiten der chronisch neurodegenerativen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, demenzielle Erkrankungen und Multiple Sklerose. Weitere Hoffnungen richten sich vor allem auf bessere Ergebnisse der Behandlung von Krebs-, Stoffwechsel- und Herz-Kreislaufkrankheiten sowie medizintechnisch gestützte Prognose- und Präventionsverfahren.

186. Den Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf Anforderungen an das Versorgungssystem und dessen zukünftige Gestaltung sowie einzelne Arbeitsfelder, insbesondere auch auf den Wandel des Krankheitsspektrums, sollen einige Beispiele verdeutlichen. Chirurgische Interventionen werden noch ‚minimal'-invasiver, wenn z. B. mit Sonden Diagnostik und Therapie am Ort des Krankheitsgeschehens durchgeführt werden. Der erweiterte Einsatz von Computern in Diagnostik und Therapie führt zur Nutzung eines umfassenden Wissensmanagements, so dass sich z. B. alle vergleichbaren Fälle einer Behandlungssituation analysieren lassen und unmittelbar für die Behandlungsentscheidung herangezogen werden können. Mit neueren Behandlungsmethoden werden insbesondere häufige chronische Zustände wie Hypertonie, Rückenleiden, COPD und Diabetes mellitus verbessert werden können, was Auswirkungen auf das Krankheitsspektrum und damit auf Versorgungsformen und Strukturen hat. In diesem Zusammenhang deutet sich an, dass verfahrenstechnisch dabei biotechnologische Anwendungen eine entscheidende Rolle spielen können, die es u. a. erlauben, Eingriffsmöglichkeiten in Krankheitsverläufe aufzuzeigen und den Einfluss der Gene auf Gesundheit und Krankheit zu bestimmen und zu verändern.

187. Die Fortschritte in der Biotechnologie ermöglichen u. a. eine verbesserte Vorhersage individueller und populationsbezogener Gesundheitsrisiken und damit neue Strategien der Prävention. In den angelsächsischen Ländern wird bereits die Gendiagnostik multifaktoriell bedingter Krankheiten gefördert, um besonders denen zusätzliche Präventionsangebote zu machen, die hierfür eine genetische Disposition besitzen (Gwinn/Khoury 2002).

188. Veränderungen für die Gesundheitsberufe haben sich weiterhin durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien ergeben und werden auch zukünftig

[45] Entsprechend der weit gefassten Definition des Office for Technology Assessment in den USA soll an dieser Stelle unter Medizintechnologie die Technologie innerhalb der Gesundheitsversorgung verstanden werden, die die Bereiche Medikamente, Instrumente, Prozeduren, Verfahren und Organisationssysteme umfasst, die für Prävention, Diagnosestellung, Heilung und Rehabilitation zur Anwendung kommen.

Einfluss auf die Arbeitsgestaltung nehmen. Ein Beispiel hierfür ist der Bereich der Telemedizin.

2.4.3.1 Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts für die Gesundheitsberufe

189. Da die zukünftigen medizinisch-technologischen Entwicklungen schwer vorhergesagt werden können, muss ein zukunftsfähiges Versorgungssystem grundsätzlich flexibel und zügig in struktureller und personeller Hinsicht auf Innovationen reagieren können.

Die Möglichkeiten des wissenschaftlichen und des technischen Fortschritts verändern Verfahrenstraditionen in der Medizin und somit auch die Berufswelten der Gesundheitsberufe und deren Zusammenwirken. Es ist zu erwarten, dass sich über die traditionellen Tätigkeiten der bisherigen Gesundheitsberufe hinaus neue Möglichkeiten eröffnen, die zu weiteren Subspezialisierungen führen und das Gesundheitswesen um neue Berufe erweitern.

190. Der medizin-technische Fortschritt kann einerseits die Arbeitsprozesse der einzelnen Gesundheitsberufe, aber auch deren Zusammenspiel erleichtern, vereinfachen und transparenter gestalten, auf der anderen Seite kann er die Komplexität des Versorgungsgeschehens erhöhen. Es ist entscheidend, bei der Einführung neuer Medizintechnologien auch über eine sinnvolle Verteilung der dadurch neu entstehenden Tätigkeitsfelder zwischen den Berufsgruppen nachzudenken und zu klären, ob bereits existente Berufsgruppen die Tätigkeit übernehmen sollen oder ob es notwendig ist, neue Berufe zu schaffen.

191. Der technische Fortschritt kann zu einer Entlastung von manuellen Eingriffen zu Gunsten technisch gesteuerter, weniger Humanressourcen erfordernder Interventionen im Hochspezialisierungsbereich mit der Tendenz einer rationalen, z. B. seriellen Leistungserbringung führen. Dabei können Kleinteams entstehen, die auf bestimmte (Teil-) Verfahren spezialisiert sind, so dass der Gesamtablauf komplexer Eingriffe z. B. am Auge in Teilabschnitte mit unterschiedlichen Arbeitsteams zerlegt wird. In diesem Zusammenhang zeigt das Beispiel des chirurgisch-technischen Assistenten (CTA) auch die Möglichkeit der Entstehung neuer Berufe. Damit verschieben sich die Aufgaben des ‚Operateurs' in Richtung Überwachung des Ablaufes und Information und Beratung des Patienten. Ebenso ändert sich das operative Setting mit neuartiger Zusammensetzung des Arbeitsteams.

192. Der Einfluss des medizin-wissenschaftlichen und technischen Fortschritts hat bereits zu einer Verlagerung bisher ärztlicher Aufgaben besonders bei standardisierten technischen Abläufen auf andere Gesundheitsberufe geführt, z. B. mit der Schaffung des Orthoptisten. Neuerungen der Medizintechnologie werden, wie die o. g. Beispiele zeigen, für etliche Gesundheitsberufe eine weitere Subspezialisierung bedeuten bzw. zur Einführung neuer Berufe führen. Diese Entwicklung erfordert es auch, über neue Formen einer ‚Generalisierung' nachzudenken. Die Entlastung von Leistungserbringern, z. B. Ärzten von selbst durchgeführten technischen Leistungen, rückt beratende sowie psychosoziale zuwendungs- und kommunikationsorientierte Leistungen als lange angemahnte Desiderate verstärkt ins Aufgabenfeld der Gesundheitsberufe (GA 2001/2002, II.1).

193. Mit den verfahrenstechnischen Veränderungen der interventionellen Medizin könnte sich das Krankenhauswesen hinsichtlich vorzuhaltender Bettenzahlen, technischer und personeller Ressourcen erheblich verändern und tendenziell eine Verlagerung diagnostischer und therapeutischer Maßnahamen in den ambulanten Sektor erfolgen. Diese Entwicklung wird durch einen Austausch von Patientendaten über größere Entfernungen begünstigt. Wenn es durch einen verstärkten Einsatz von Technologie (z. B. Telemedizin) gelingt, dem Patienten in zunehmendem Maß einen Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist teilweise auch eine Verlagerung der Behandlung in die Häuslichkeit des Patienten und damit eine höhere Mobilität der in Gesundheitsberufen Tätigen erforderlich. Erste Ansätze zeichnen sich hier bereits ab, wie der Versuch der Etablierung von Tele-Gesundheitsschwestern in einigen neuen Bundesländern zeigt (s. Abschnitt 0). Ein weiteres Beispiel ist die telemedizinische Betreuung von Postmyokardpatienten (Heinen-Kammerer et al. 2005) oder Patienten mir chronischer Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen sowie KHK (Tebbe/Korb 2003) im häuslichen Umfeld, die zu einer Vermeidung unnötiger Besuche in der Notaufnahme und zu einer Reduzierung der Behandlungskosten führt. Während der wissenschaftliche Fortschritt also einerseits neue Behandlungschancen eröffnet, birgt gerade die damit verbundene Technologisierung auch die Möglichkeit, entsprechende Aufgaben in relativ kostengünstige Leistungsbereiche zu übertragen oder kostengünstiger zu erbringen. Medizintechnologie im Bereich der Administration, Verwaltung und Logistik kann das Zusammenspiel der Berufsgruppen beeinflussen, indem beispielsweise die Arbeitsbelastung einzelner Berufsgruppen in diesem Bereich reduziert wird und Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen wie Dokumentationsassistenten übergehen.

194. Von nicht unerheblicher Bedeutung für die Gesundheitsberufe sind schließlich die durch neue Behandlungsmethoden bedingten Veränderungen des Morbiditätsspektrums. Namentlich die Institutionen der Altenbetreuung und -pflege werden angesichts neuartiger Möglichkeiten der Prävention degenerativer Altersleiden einschließlich der Alzheimer-Erkrankung veränderte Strukturen und berufliche Profilierungen benötigen.

2.5 Ziele einer Neuordnung der Gesundheitsberufe

195. Eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bedarf einer Begründung, die sich aus dem gemeinsamen Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ergibt. Es reicht nicht, das Anliegen allein durch veränderte Herausforderungen an das Gesundheitssystem oder veränderte Versorgungsstrukturen oder gar durch die Bestrebungen einzelner Berufsgruppen zu rechtfertigen. Entscheidend kann nur eine Herleitung sein, die begründete Annahmen darüber zulässt, dass sich derzeitige Defizite der Versorgung durch eine neue Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe abbauen lassen. Jede Maßnahme zur Veränderung der Rollenverteilungen der heutigen Dienstleister im Gesund-

heitssystem, zur Neugestaltung des Professionenmix oder zur Einführung neuer Berufe, Ausbildungen und Weiterbildungen muss eine effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung fördern und damit die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung und deren Wirtschaftlichkeit verbessern.

196. Die Realisierung dieser Entwicklung sollte sich an folgenden Zielen orientieren:

1. **Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten.**

Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss zum Abbau der Über-, Unter- und Fehlversorgung insbesondere für chronisch Kranke und alte mehrfacherkrankte Menschen beitragen. Chronische Krankheiten bedingen komplexe Problemlagen für die Betroffenen, die u. a. aus unterschiedlichen krankheitsbedingten Einschränkungen und Behinderungen sowie psychosozialen Belastungen resultieren und in eine dauerhafte, mehr oder weniger enge Bindung an das Gesundheitssystem und das Angewiesensein auf eine langfristige Gesundheitsversorgung münden.

2. **In der Versorgung müssen gleichermaßen die Gesichtspunkte der Qualität und der Kosteneffektivität berücksichtigt werden.**

Leistungen sind stets dort zu erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist.

3. **Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, dass die Kooperation aller im Gesundheitswesen Beschäftigter verbessert wird.**

Gerade die aktuelle Diskussion um Patientensicherheit offenbart die Abhängigkeit eines modernen Gesundheitssystems von intakter Kommunikation, flachen Teamstrukturen und Entkopplung von Funktion und hierarchischer Weisungsbefugnis.

4. **Die veränderten Rollen der Gesundheitsberufe müssen flexibel, den lokalen Gegebenheiten adäquat und entwicklungsfähig gestaltet werden, um optimal auf zukünftige, nicht immer vorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten reagieren zu können.**

Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, dass den bereits erfolgten Veränderungen der Versorgungsstrukturen, der Dokumentation, der Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entsprochen wird. Es muss geprüft werden, ob beispielsweise integrierte Versorgungsverträge, Hausarztmodelle, Disease Management Programme (DMPs) und Medizinische Versorgungszentren besondere Anforderungen an die Zusammenarbeit der Berufe stellen. Dies gilt auch für gestiegene Anforderungen an die Qualitätssicherung und Transparenz der Leistungserbringung und Bemühungen um eine Stärkung der Prävention.

5. **Die neuen Berufsbilder sollten die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsaufteilung zu verbessern und zu garantieren, dass Tätigkeiten entsprechend des eigenen Qualifikationsniveaus durchgeführt werden können.**

Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Zufriedenheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe einen direkten Zusammenhang mit der Qualität der Leistungen in der Patientenbetreuung hat. Der Rat hat bereits in seinem Gutachten 2000/2001 erhebliche Probleme der Berufsausübung bei Pflegekräften festgestellt und auf Ausbildungsabbrüche, Abwanderung aus dem Beruf und auf Burn-Out-Syndrome namentlich in der Altenpflege hingewiesen. Ähnliche Konstellationen sind heute auch bei Ärzten zu beobachten, die neben den unbefriedigenden Arbeitsbedingungen in zeitlicher und finanzieller Hinsicht die mangelhafte Anerkennung ihrer Leistungen und Entscheidungskompetenz z. B. seitens der Leistungserbringer beklagen. Insgesamt ist festzustellen, dass Vertreter von Gesundheitsberufen, namentlich der Ärzteschaft und der Pflege, zu häufig durch Tätigkeiten in Anspruch genommen sind, die unter, über oder neben ihrem Ausbildungsniveau liegen.

6. **Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozio-ökonomischen Status abzumildern.**

Es handelt sich in großem Umfang um Krankheiten, denen durch Prävention mit der Vermeidung von Gesundheitsrisiken bzw. einer Stärkung individueller und kollektiver Gesundheitsressourcen begegnet werden könnte. Da diese Zusammenhänge eines der fundamentalen Probleme unseres Gesundheitswesens darstellen, das z. B. auch die Solidaritätsbereitschaft innerhalb der Versichertengemeinschaft belastet, ist eine Neuordnung der Gesundheitsberufe auch sorgfältig hinsichtlich ihrer Effektivität in diesem Bereich zu prüfen.

2.6 Nationale und internationale Entwicklungen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

197. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren (insbesondere mit dem GKV-Modernisierungsgesetz) neue Möglichkeiten geschaffen, Versorgungsstrukturen zu verändern und die Voraussetzungen für eine strukturelle Vielfalt gestärkt. Im Schwerpunkt zielte das auf die Schaffung der integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) und von Disease Management Programmen (§ 137f-g SGB V), die Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren (§ 95 SGB V) sowie die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b-c SGB V). Damit reagierte er insbesondere auf die veränderten Anforderungen (chronisch) kranker Patientinnen und Patienten, aber auch auf neue Möglichkeiten einer hochtechnisierten Gesundheitsversorgung. In so veränderten Strukturen des Gesundheitssystems müssen sich auch die Prozesse der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen verändern, ihre Kooperationsbeziehungen verbessert werden sowie Arbeitsaufgaben neu definiert werden. Dies gilt in noch stärkerem Ausmaß für zu erwartende zukünftige Entwicklungen des Versorgungssystems. Gemeinsame Kennzeichen dieser und zukünftig zu erwartender Versorgungsformen sind die Zusammenarbeit in Teams, die Orientierung an Prozessen, Qualität und Sicherheit sowie die Ausrichtung auf

– die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, vor allem mit komplexen Gesundheitsproblemen,

– die Prävention und vorausschauende Versorgung chronischer Erkrankungen in einer alternden Gesellschaft,

– Behebung von Diskontinuitäten der Behandlung zwischen den Sektoren und

– den Innovationstransfer in die Behandlung schwerer, lebensbedrohlicher Akuterkrankungen.

198. Trotz der bereits eingesetzten Veränderung der Versorgungsstrukturen muss festgestellt werden, dass bislang die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bei der Umsetzung der neuen Versorgungsformen unterrepräsentiert sind. Offensichtlich ist, dass die derzeitige dezentrale Vertragsbildung, indem sie sich überwiegend zwischen Kassen und ärztlichen Leistungserbringern abspielt, primär medizinische Sachverhalte berücksichtigt, kaum jedoch die Zusammenarbeit zwischen allen Gesundheitsberufen. Dort, wo nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in Verträge eingebunden sind, wie etwa die Ernährungsberatung bei dem DMP Diabetes mellitus, verbleiben sie in ihren traditionellen Rollen und Abhängigkeiten. Eine Erweiterung des Kreises der Vertragspartner, die auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe verstärkt einbezieht, wäre somit wünschenswert.

199. Erfreulicherweise finden sich jedoch auch verschiedene Modellprojekte, Initiativen einzelner Gesundheitseinrichtungen oder Vorhaben regionalspezifischer Ausprägungen, die bereits heute neue Aufgabenverteilungen der Gesundheitsberufe praktizieren. Nachfolgend werden einige dieser Modellprojekte beschrieben. Dabei wurde insbesondere Wert darauf gelegt, Projekte mit möglichst unterschiedlicher Zielsetzung darzustellen, die verschiedene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einsetzen, die die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, aber auch die Zuordnung neuer, bisher durch die Gesundheitsberufe unzureichend abgedeckter Tätigkeiten erproben, die in verschiedenen Sektoren angesiedelt sind, die sich an unterschiedliche Zielgruppen richten und insgesamt die Heterogenität der Aktivitäten abbilden. Diese Praxismodelle haben nicht immer eine wissenschaftliche Begleitung erfahren und sind lokal begrenzt. Grundsätzlich sollte eine Metaanalyse der evaluierten Modellprojekte erfolgen, um zu beurteilen, welche Modelle die Effektivität und Effizienz der Versorgung verbessern. Diese könnte dann auch dazu dienen, auf Regierungsebene zu entscheiden, ob eine spezielle Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig ist, um eine entsprechende Neuverteilungen von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen zu fördern.

200. Im folgenden Unterkapitel sollen – gegliedert in die Bereiche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Case Management – zum einen verschiedene nationale Modelle beschrieben werden, die eine stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung erproben. Teilweise werden sie dabei auch mit erweiterten oder neuen Kompetenzen ausgestattet. Im Vergleich zu internationalen Entwicklung der vergangenen Jahre und Jahrzehnte geschieht dies in Deutschland jedoch wesentlich langsamer. Nachfolgender Exkurskasten geht darum auf das sehr weitreichende Modell des Advanced Nursing Practice ein, um zu zeigen, dass auch ein gänzlich anderer Einsatz von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen als in Deutschland denkbar ist. Auch die Effektivität und Effizienz der verschiedenen Modelle, die eine Veränderung des Professionenmixes erproben, soll nachfolgend besprochen werden, wobei der limitierende Faktor die teilweise schlechte Datenlage ist.

Exkurs: Erweiterte Rollen für Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung

Advanced Nursing Practice (ANP) ist ein Sammelbegriff für verschiedene erweiterte und vertiefte Rollen in der Pflegepraxis. Inzwischen existieren im Zusammenhang mit ANP weltweit eine Reihe von neuen Berufsrollen und Titeln, die in ihren Definitionen und Abgrenzungen zum Teil sehr unterschiedlich sind: Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Spezialist (CNS), Nurse Midwive, Nurse Anestetist, Advanced Nurse Practitioner (ANP), Higher Level Practitioner (HLP), Nurse Consultant (NC), Critical Care Nurse (CCN), Public Health Nurse (PHN) und Advanced Practice Case Manager (Davies/Hughes 1995; Sachs 2006; Hamric 2005). Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass akademisch weitergebildete Pflegekräfte (auf Master- oder PhD-Niveau) mehr Verantwortung und Autonomie im Versorgungsprozess erhalten. Diese Pflegekräfte sind also weiterhin in der direkten Versorgung von Patienten tätig. Laut der American Nurses Association (1995) beinhalten all diese neuen Rollen drei Komponenten: Spezialisierung (auf die Versorgung bestimmter Patientengruppen oder Krankheitsbilder), Erweiterung (der bisherigen Kompetenzen oder des Handlungsfeldes) und Fortschritt (der zur nachhaltigen, breitflächigen und zukunftsorientierten Verbesserung der Pflege im interdisziplinären Kontext führt) (s. auch Spirig/De Geest 2004). Das International Council of Nursing (ICN) hat eine weithin akzeptierte Definition von Advanced Practice Nursing entwickelt: „A Nurse Practitioner/ Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master’s degree is recommended for entry level.“

Laut ICN lässt sich die Tätigkeit von Nurse Practitioners/Acvanced Practice Nurses wie folgt charakterisieren:

– Integration von Forschung, Ausbildung, praktischer Tätigkeit und Management,

– professionelle Autonomie und unabhängige Berufsausübung,

– Case Management,

– erweiterte Fähigkeiten in Health Assessment, Entscheidungstechniken und Diagnostic Reasoning,

- erweiterte klinische Kompetenzen,
- Bereitstellung von Beratungsleistungen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen,
- Planung, Implementation und Evaluation von Versorgungsprogrammen,
- anerkannter Erstkontakt im Versorgungssystem für Patienten.

Die Ausübung der Tätigkeiten erfolgt wenn möglich nach evidenz-basierten Kriterien. Dabei dürfen unter anderem Diagnosen gestellt werden, Medikamente und Hilfsmittel verschreiben werden, Patienten an andere Leistungserbringer überwiesen werden und Patienten in Krankenhäuser eingewiesen werden.

Insbesondere das Berufsbild des Nurse Practitioners ist inzwischen in vielen Ländern verbreitet. Es entstand in den 1960er Jahren in den USA. Ausgelöst wurde diese Entwicklung durch eine Reihe von Faktoren: Ein Unterangebot an Ärzten, insbesondere an Haus- und Kinderärzten, Versorgungsprobleme in ländlichen Gebieten und in städtischen Brennpunkten, Kostenanstieg der Gesundheitsversorgung und Bestrebungen innerhalb der Berufsgruppe der Pflege nach mehr Autonomie und eigenverantwortlichem Handeln. Zunächst standen NPs unter Aufsicht von Ärzten und übernahmen einzelne ärztliche Aufgaben. Inzwischen aber üben sie ihren Beruf meist selbständig aus. Die Weiterbildung zum NP setzt eine Abgeschlossene Berufsausbildung zur Pflegekraft (Registered Nurse, RN) voraus. Der Master-Abschluss kann in zwei bis drei Jahren erworben werden. Häufig findet bereits während des NP-Studiums eine Spezialisierung auf das zukünftige Tätigkeitsfeld statt, z. B. NP in der Akutversorgung, NP in der Pädiatrie oder NP in der Psychiatrie. Die Einsatzgebiete der NPs sind dementsprechend sehr unterschiedlich, z. B. in der ambulanten oder stationären Versorgung. Die Aufgaben sind vielfältig und können die Prävention, Diagnostik, Behandlung von leichten Beschwerden usw. umfassen. In Großbritannien wurde das Berufsbild des NPs in den 1990er Jahren eingeführt. Hier wurde die Einführung vor allem durch einen Ärztemangel und den schlechten Zugang zum Primary Care System ausgelöst. Auch in zahlreichen weiteren Ländern, z. B. in Kanada, den Niederlanden, Belgien oder skandinavischen Ländern, haben sich Nurse Practitioners inzwischen etabliert.

Eine weitere, international inzwischen häufig etablierte Berufsrolle ist die des Physician Assistants. Während im Rahmen von Advanced Practice Nursing die eigenständige Tätigkeitsausübung der Pflegefachkräfte im Vordergrund steht, übernehmen Physician Assistants (PA) hingegen ärztliche Aufgaben, die sie unter Supervision eines Arztes ausführen (Hutchinson et al. 2001). Der Kontakt zum Arzt ist also in der Regel wesentlich enger, wobei PAs trotzdem eine Reihe von diagnostischen Tests und Therapien autonom anordnen bzw. ausführen. Der Beruf des PA entstand in den USA in den 1960er Jahren und setzte sich vor allem auf Grund eines Ärztemangels in der ländlichen Primärversorgung durch. Die Ausbildung gleicht einem verkürzten Medizinstudium, dauert in den USA durchschnittlich zwei Jahre, schließt in der Regel mit einem Master-Abschluss ab und setzt einen bereits abgeschlossenen, relevanten Bachelor-Abschluss und einschlägige Berufserfahrung voraus (Stewart/Catanzaro 2005). PAs sind sowohl in der Primärversorgung als auch im stationären Bereich, z. B. im Bereich der Chirurgie, tätig. Die Tätigkeiten der PAs variieren dementsprechend je nach Einsatzgebiet stark und können umfassen: Anamnese, Diagnosestellung, Anordnung und Interpretation von Laboruntersuchungen, Verschreiben von Medikamenten, Überweisung der Patienten an andere Leistungserbringer, Rolle des zweiten Operateurs, Wunden nähen, Patientenschulung, Hausbesuche und administrative Aufgaben. Die Rolle des PAs wird als Äquivalent zu den „Junior Doctors“ angesehen. Inzwischen sind PAs auch in zahlreichen anderen Ländern wie Großbritannien, Kanada oder den Niederlanden verbreitet.

Eine Beurteilung der Effizienz und Effektivität von Advanced Nursing Practice im Vergleich zur ärztlichen Versorgung gestaltet sich aus folgenden Gründen als schwierig: Die Rollen, die unter dem Begriff Advanced Nursing Practice subsumiert werden, sind sehr unterschiedlich. Zum Teil werden dabei ärztliche Tätigkeiten durch die Pflege übernommen, zum Teil werden aber auch bisher unzureichend abgedeckte Tätigkeiten ausgeführt. Es kommt in der Regel zu einer Spezialisierung auf bestimmte, jedoch sehr unterschiedliche Krankheitsbilder oder Patientengruppen. Auch können die Aufgaben im Rahmen von Advanced Nursing Practice in verschiedenen Ländern Unterschiede aufweisen ebenso wie die Rahmenbedingungen der Berufsausübung und die Ausbildungscurricula. Der Exkurs in nachfolgendem Abschnitt 0 beschreibt Effekte von ANP in der ambulanten Versorgung.

2.6.1 Multiprofessionelle ambulante Teams

201. Zukünftig werden multiprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung an Bedeutung gewinnen, die die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe haben. Diese Teams umfassen alle Berufsgruppen, die für die wohnortnahe Versorgung ‚in der Fläche‘ notwendig sind. Häufig sind sie um einen Hausarzt gruppiert. Die Versorgung erfolgt nach folgenden (idealtypischen) Grundsätzen:

- Beteiligung an den lokalen Strukturen des Sozialsystems (Kindergärten und Schulen, Erwachsenenbildungseinrichtungen, Kirchen, berufliches Umfeld),
- vorausschauende, prospektive Herangehensweise: es werden nicht nur akut eingetretene Erkrankungen und Komplikationen von chronischen Erkrankungen behandelt, sondern es wird versucht, deren Auftreten durch Prävention und durch das aktive Gestalten der Versorgung von chronisch Kranken zu verhindern,

– hoher Stellenwert der Koordination der präventiven und Behandlungsprozesse,

– Stärkung des Selbstmanagements der Patienten,

– Orientierung an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien,

– wohnortnahe Versorgung mit Gewährleistung der Versorgung in der Fläche, besonders in ländlichen Gebieten mit negativer Wanderungsbilanz,

202. Die Versorgung nach den genannten Grundsätzen kann nicht mehr ausschließlich durch die typische hausärztliche oder fachärztliche Einzelpraxis gewährleistet werden. Stattdessen wird sich zunehmend das Konzept des „multiprofessionellen ambulanten Teams“ durchsetzen, das durch folgende Eigenschaften charakterisiert ist (Wagner 2000):

– Koordination durch die Hausarztpraxis,

– Einbeziehung von Fachärzten für spezielle Fragestellungen,

– vorausschauende Planung der Konsultationen in der Hausarztpraxis, die neben dem Arztkontakt auch einer Vorstellung bei anderen Berufsgruppen dient (z. B. Diätberatung, Beratung zu Fragen der Lebensführung),

– Gewährleistung der Versorgung vor Ort durch Pflegekräfte,

– Einbeziehung aller relevanter Berufsgruppen wie Apotheker, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter oder medizinischen Fachangestellten,

– Einbeziehung von Patientengruppen, Selbsthilfeeinrichtungen und Laien.

Die einzelnen Berufsgruppen der ambulanten Teams verfügen zwar über Kernkompetenzen und Verantwortungsbereiche, darüber hinaus können aber bestimmte Tätigkeiten im Sinne von Poolkompetenzen flexibel und je nach der situativen Anforderung von verschiedenen Gesundheitsberufen ausgeübt werden (s. auch 2.7.1). Dieses Verfahren entspricht der Forderung nach Kooperation gegenüber starrer, auf den Status der Profession gerichteter Versorgungsanteile. Die leitenden Fragen einer effektiven Teamarbeit im ambulanten multiprofessionellen Team müssen lauten:

– Besteht ein Bedarf am Einsatz des Teams bzw. seiner Vertreter? (z. B. nach Tod des Ehepartners beim alten Menschen)

– Wie sind das Leistungsziel und der Leistungsbedarf zu umschreiben? (z. B. Beobachtung um ggf. rechtzeitig einschreiten zu können)

– Welches ist die adäquate Intervention? (z. B. wiederholte Besuche)

– Welches Teammitglied ist dafür kompetent, verfügbar und hinsichtlich des Ressourceneinsatzes am wirtschaftlichsten? (z. B. medizinische Fachangestellte oder Pflegekraft)

203. Das für die Primärversorgung entwickelte Chronic Care-Modell (Wagner et al. 1996) bietet die Möglichkeit, Elemente des Idealtypus des ambulanten multiprofessionellen Teams umzusetzen und dabei den Versorgungsdefiziten (s. Abschnitt 2.4.2.3) in der Patienten- und insbesondere Chronikerversorgung zu begegnen. Im Zentrum steht dabei eine enge, multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Patienten. Das Modell bedient sich eines Instrumenten-Bündels, das sich wie folgt einteilen und charakterisieren lässt (Gerlach et al. 2006b):

– Unterstützung des Selbstmanagements des Patienten (und ggf. seiner Angehörigen), z. B. durch strukturierte Patientenschulungen. Dies kann auch durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durchgeführt werden und bedarf ggf. einer speziellen Schulung des Personals. Beispielsweise konnte in einem systematischen Review gezeigt werden, dass die Gruppen-Schulung von Typ-II-Diabetikern in Selbst-Management-Strategien zu besseren Outcomes (Verbesserung des nüchternen Blutzuckers, des HbA_{1C}-Wertes und der Informiertheit über die eigene Krankheit bei gleichzeitiger Senkung des systolischen Blutdruckwertes, des Körpergewichts und des Medikamentenbedarfs) führt (Deakin et al. 2005). Weitere Instrumente in dieser Kategorie können z. B. gemeinsame Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient darstellen.

– Gezielte Gestaltung der Leistungserbringung und Versorgungsabläufe, insbesondere durch eine effektive Neugestaltung der Aufgabenverteilung im Versorgungsteam, durch Implementierung von Case Management Elementen oder Chroniker-Sprechstunden. Damit wird die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung zu Gunsten der geplanten, vorausschauenden Versorgung von Chronikern durchbrochen. Voraussetzung ist eine entsprechende Neuorientierung des gesamten Versorgungsteams.

– Strukturierte Unterstützung des gesamten Praxisteams, z. B. durch evidenzbasierte Leitlinien, und des Patienten, z. B. durch Patientenversionen der entsprechenden Leitlinien.

– Einsatz von Informationstechnologie und klinischen Informationssystemen zur Unterstützung der Patientenschulung, Planung und Organisation der Versorgung sowie zum Monitoring.

Eine Übertragung einzelner Elemente des Modells auf den deutschen Kontext findet momentan statt. Erste praktische Erfahrungen liegen bereits vor (Gensichen et al. 2006a). Dabei wird insbesondere die Wirkung von Case Management in der Hausarztpraxis erprobt (s. Beschreibung des Projekts PRoMPT in Abschnitt 2.6.2.1).

204. Auch in anderen Projekten kommt es bereits heute zu einer sinnvollerweise stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Versorgung, die zum Teil oben genannten idealtypischen Merkmalen entspricht. Dabei werden auch neue Rollen erprobt. In den im nachfolgenden Exkurs beschriebenen und im deutschen Kontext entstandenen Projekten kommt der Hausarztpraxis eine zentrale Rolle zu. Je nach regionalem

Kontext und Zielsetzung des Projekts übernehmen dann insbesondere medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte ärztliche oder neue Aufgaben, wobei diese beiden Berufsgruppen zum Teil mit ähnlichen Tätigkeiten betraut werden. Diese Pluralität muss begrüßt werden, denn der Leitgedanke bei der Veränderung des Professionenmixes stellt die Verbesserung der Patientenversorgung und nicht ein überkommenes Standesdenken einzelner Berufsgruppen dar. Auch einige zukunftweisende Modelle der Hausarztmedizin (vgl. z. B. Berliner Gesundheitspreis 2004) setzen auf einen kooperativen Arbeitsstil primär mit den Mitarbeitern der eigenen Praxis, des Weiteren mit Fachspezialisten, ambulanten Pflegekräften und Alten- und Pflegeheimen. Die Interventionen reichen in den kommunalen Raum und betreffen hier primärpräventive Maßnahmen.

Exkurs: Neue Rollen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der Primärversorgung in Deutschland

‚IV-Kräfte' in Rheinland-Pfalz

In einem ‚Hausarztorientierten integrierten Versorgungs-Vertrag' in Rheinland-Pfalz betreuen medizinische Fachangestellte chronisch kranke und multimorbide Patienten während und nach stationären Aufenthalten. Sie führen Hausbesuche durch, ermitteln Versorgungsdefizite, überprüfen die Einnahme von Arzneien und koordinieren die Kontakte zu anderen Leistungserbringern (z. B. zu „Essen auf Rädern" oder Hospizdiensten). Der Einsatz erfolgt immer auf ärztliche Anordnung. Die ‚IV-Kraft' muss über eine Ausbildung zum medizinischen Fachangestellen verfügen und bei einem Hausarzt angestellt sein. Zusätzlich wird gegenwärtig eine mindestens sechsjährige Berufserfahrung vorausgesetzt. Zukünftig soll eine spezielle Fortbildung für IV-Kräfte angeboten werden, die momentan noch konzipiert wird. In Ausnahmefällen können auch Gesundheits- und Krankenpflegekräfte aus teilnehmenden Kliniken IV-Kraft werden. Die Tätigkeiten der IV-Kraft konzentrieren sich auf die koordinierende und sozialmedizinische Betreuung, medizinische oder pflegerische Leistungen sind ausgeschlossen. Über jedes Ergebnis eines Hausbesuchs wird der Hausarzt informiert, der dann ggf. tätig werden kann.

‚AGnES'

Im Modellprojekt „Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention" (kurz: AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden speziell geschulte Krankenpflegekräfte zur Entlastung von Hausärzten (Landärzten) eingesetzt, und zwar insbesondere in der Versorgung von chronischen erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld (van den Berg et al. 2006). Der Einsatz erfolgt immer auf ärztliche Anweisung. Das Konzept baut auf dem Berufsbild der Gemeindeschwester auf, die in DDR-Zeiten eingesetzt wurde. Die heutigen Berufsbezeichnungen weisen bisher große Unterschiede auf. In Mecklenburg-Vorpommern wird von Telegesundheitsschwestern gesprochen, in Brandenburg hingegen von Gemeindeschwestern und eine Weiterbildung in Neubrandenburg qualifiziert seit Herbst 2006 zur ‚Community Medicine Nurse' (die Weiterbildung entspricht wiederum den WHO-Empfehlungen für Family Health Nurses). Im Kern sind die Aufgabenbereiche der im Modellprojekt beschäftigten Pflegekräfte jedoch identisch: Monitoring des Gesundheitszustandes von Patienten, Schulung von Patienten in der Anwendung von Telecare-Geräten, Anamnese und Koordinierung von Medikamenteneinnahmen, auch unter Einbeziehung von Apothekern, Sturzprophylaxe, Beratung von Patienten und Angehörigen und Dokumentation der Hausbesuche. Es besteht durchgängig die Möglichkeit zur telemedizinischen Kommunikation mit dem Hausarzt in der Praxis. Auch Patienten können über Telecare-Geräte ihre Messdaten (z. B. Blutdruck oder Blutzucker-Werte) an den Hausarzt übermitteln. Bisher ungeklärt sind die Fragen der zukünftigen Finanzierung der AgnES-Leistungen im Rahmen der GKV.

Familiengesundheitspflege

Die Familiengesundheitspflege stellt ein neues berufliches Handlungsfeld für Pflegekräfte und Hebammen dar, das in Anlehnung an die Empfehlungen der WHO zur Family Health Nurse konzipiert wurde. Inhaltlich und formal wurde das WHO Curriculum jedoch an die Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens angepasst. Schwerpunkt der Familiengesundheitspflege ist die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Familiengesundheit (Setting Familie). Insbesondere soll sie vulnerable Gruppen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens unterstützen. Weitere Aufgaben sind Beratung in der Prävention, Erkennen von Gesundheitsproblemen, Durchführung präventiver Hausbesuche, Beratung bei Krankheit, Begleitung, Arbeit im Sinnen von Case Management für die gesamte Familie. Seit Herbst 2005 kann die Qualifikation zur Familiengesundheitspflege in einer zweijährigen, berufsbegleitenden Weiterbildung durch Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegekräfte und Hebammen in Essen und München erworben werden. Eine begleitende Evaluation des Modellprojekts findet statt. Ungeklärt sind noch die Fragen der Finanzierung der Familiengesundheitspflege sowie der Zugang der Versicherten zur Leistung.

205. Zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz einer stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Versorgung muss auf internationale Studien zurückgegriffen werden (s. nachfolgenden Exkurs), da entsprechende Evaluationen aus dem deutschen Kontext bisher fehlen bzw. unzureichend sind. Dabei muss bedacht werden, dass nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in anderen Ländern häufig mit wesentlich mehr Autonomie ausgestattet sind als in Deutschland. Die Übertragbarkeit der internationalen Erfahrungen ist also eingeschränkt. Sie zeigt, dass eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegekräfte in der Primärversorgung ohne Einbußen der Versorgungsqualität möglich ist. Die Effekte auf die Kosten sind widersprüchlich und kontextabhängig.

Exkurs: Effekte einer Tätigkeitsübertragung in der ambulanten Versorgung

In einem systematischen Cochrane-Review wurden die Auswirkungen einer Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf spezialisierte Pflegekräfte in der Primärversorgung untersucht (Laurant et al. 2005), wobei die einbezogenen Studien in erster Linie aus Kanada, den USA und Großbritannien stammten. Eine Vielzahl unterschiedlicher Outcomes wurden in den verschiedenen Studien bestimmt: Morbiditäts- und Mortalitätsraten, Patienten-Zufriedenheit, Compliance, Präferenz des Patienten für eine Versorgung durch die Pflege/durch Ärzte, Prozessqualität (z. B. Einhaltung der Leitlinien), Ressourcenverbrauch und direkte und indirekte Kosten. Die im Review einbezogenen Studien wurden in verschiedene Gruppen unterteilt, je nachdem, welche Rolle durch die Pflegekraft übernommen wurde:

– Erster Patientenkontakt und Folgekontakte mit der gesamten Patientenpopulation,

– Erstkontakt mit Notfall-Patienten während oder außerhalb der Sprechstunde sowie

– Management von Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen.

Für jede der drei Gruppen wurde eine Meta-Analyse durchgeführt. In der ersten Gruppe zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede in den Outcomes zwischen den durch Pflegefachkräfte und den durch Ärzte versorgten Patientengruppen. Wurde der Erstkontakt von Notfallpatienten durch die Pflegefachkraft übernommen, zeigten sich Unterschiede in folgenden Outcomes: Die Patientenzufriedenheit war in der durch Pflegefachkräfte versorgten Patientengruppe höher, Pflegefachkräfte zeigten längere Konsultationszeiten, versahen den Patienten mit mehr Information und bestellten die Patienten häufiger zu Folgekonsultationen ein. In der dritten Gruppe schließlich (Übernahme der Versorgung chronisch Kranker) zeigten sich wiederum keine nennenswerten Unterschiede in den Outcomes. Von den insgesamt fünf in den Review einbezogenen Studien, die die Kostenentwicklung bei einer Tätigkeitssubstitution evaluierten, konnte lediglich eine Studie eine Kostenreduzierung durch Tätigkeitsübernahme nachweisen. Die anderen vier Studien zeigten keine signifikanten Unterschiede auf. Eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegekräfte in der Primärversorgung scheint also ohne Einbußen der Versorgungsqualität möglich zu sein. Diese Aussage ist allerdings vor dem Hintergrund der limitierten Studienlage zu sehen. Ob eine Tätigkeitssubstitution die ärztliche Arbeitsbelastung und die Kosten der Versorgung reduzieren kann, hängt stark vom jeweiligen Kontext ab. Kosteneinsparungen sind abhängig von den Gehaltsdifferenzen zwischen Ärzten und Pflegekräften, der Produktivität beider Berufsgruppen, Konsultationsdauern sowie veranlassten Folgekonsultationen und Folgeleistungen (Laurant et al. 2005).

An einem weiteren Beispiel soll illustriert werden, dass pauschal kein Urteil über die Entwicklung von Effektivität und Effizienz bei der Tätigkeitsübertragung von Ärzten auf spezialisierte Pflegekräfte getroffen werden kann. Nachfolgend werden darum die sehr unterschiedlichen Ergebnisse von zwei Studien zur Versorgung von atemwegserkrankten Patienten wiedergegeben.

In einer randomisierten, kontrollierten Cross-Over Studie wurden die Outcomes der Versorgung von Patienten mit Bronchiektasen in ambulanten Zentren durch Nurse Practitioners (NPs) und durch Ärzte verglichen (Sharples et al. 2002). NPs waren dabei unter anderem befugt, den Therapieplan zu verändern, Medikamente zu verordnen, Testverfahren wie Röntgenaufnahmen oder Blutuntersuchungen anzuordnen oder Patienten ins Krankenhaus einzuweisen. Die beurteilten Outcomes waren primär der FEV_1-Wert, weiterhin das Ergebnis im 12-Minuten-Geh-Test, die Anzahl der mit Antibiotika behandelten infektiösen Exazerbationen, Anzahl der stationären Aufnahmen, der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand (an Hand des SF-36) und die Kosten der Versorgung. Bei den gesundheitsbezogenen Outcome-Parametern zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den durch NPs und den durch Ärzte versorgten Patienten. Bei den Kosten war allerdings die Versorgung durch NPs im Durchschnitt 1 497 £ teurer als die Versorgung durch Ärzte. Zwar lag das Einkommen der NPs um mehr als die Hälfte unter dem der Ärzte, die durch NP versorgten Patienten verzeichneten allerdings häufigere und längere stationäre Aufenthalte und erhielten öfter intravenöse Antibiotika. Im zweiten Jahr der Studie sanken die durchschnittlichen Kosten der durch NPs versorgten Patienten, was an der zunehmenden Erfahrung der NPs liegen könnte (Rafferty/Elborn 2002). Die NPs hatten vor Beginn der Studie eine eigens für diese Studie konzipierte Schulung erhalten.

In einer RCT-Studie zur Nachsorge von stationär aufgenommenen Kindern mit Asthma durch Pädiater oder durch speziell weitergebildete Asthma-Pflegekräfte (asthma nuses) zeigte hingegen, dass eine Versorgung durch spezialisierte Pflegekräfte zu einer erheblichen Kostenreduzierung führt (Kamps et al. 2004). Die Gesamtkosten der Versorgung durch Asthma-Pflegekräfte lagen durchschnittlich um 4,1 % unter den Versorgungskosten durch Pädiater, obwohl die durchschnittliche Gesamt-Konsultationsdauer bei den Asthma-Pflegekräften mit 187 Minuten signifikant über der Konsultationsdauer mit Pädiatern (136 Minuten) lag. Bei den gesundheitsbezogenen Outcome-Parametern (primär: Anteil der symptom-freien Tage, weitere: bronchiale Reaktivität, Lungenfunktion, Tagesdosis inhalierter Corticosteroide, Anzahl der Exazerbationen, Anzahl zusätzlicher Besuche beim Hausarzt, Zahl der Tage mit Abwesenheit in der Schule, funktioneller Gesundheitsstatus, krankheitsspezifische Lebensqualität) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen festgestellt werden (Kamps et al. 2003). Auch die Zufriedenheit der Eltern mit der Versorgung wies für beide Gruppen keine Unterschiede auf.

2.6.2 Case Management

206. Der Begriff Case Management bezieht sich auf die fallbezogene Behandlung, die ebenso wie das Disease Management (s. Unterkapitel 3.3) leitliniengestützt sein soll. Case Management und Disease Management können Bestandteile von integrierten Versorgungsmodellen sein. Case Management wird im Krankenhausbereich typischerweise nach Einführung der DRGs aufgebaut (Vogel et al. 2003) und wird auch im ambulanten Bereich gerade bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen eingesetzt (Wagner 1998). Die größte Bedeutung hat Case Management jedoch bei transsektoralen Versorgungsprozessen, da an der sektoralen Schnittstelle der Koordinationsaufwand am größten ist (Naylor et al. 1999).

207. Unter dem aus dem anglo-amerikanischen Raum stammenden Konzept des Case Managements werden sehr unterschiedliche Ansätze subsumiert. Zudem ist Case Management kein originär für das Gesundheitswesen entwickeltes Instrument. Es ist in allen Humandienstleistung denkbar und findet sich in Deutschland z. B. auch im Bereich der Arbeitsvermittlung. Im Gesundheitswesen finden sich Modelle, die sich sowohl hinsichtlich ihrer Zielsetzung, Funktion, der Qualifikation des Case Managers, des Leistungsvolumens, der institutionellen Rahmenbedingungen und der Zielgruppe unterscheiden (Ewers 1996). Dementsprechend finden sich auch verschiedenartige Definitionen von Case Management, wovon an dieser Stelle eine geeignete präsentiert werden soll (Ewers et al. 2005): „Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d. h. eine von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.“ Beim Case Management geht es immer um die Herstellung von Kontinuität in der auf die Patientenbedürfnisse abgestimmten Versorgung. Dies geschieht auch durch die Förderung der Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern innerhalb und zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems. Letztendlich zielt Case Management auf eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Versorgung ab. Die Übergänge zu anderen Konzepten wie Care Management[46] sind fließend. Leitlinien oder Patientenpfade können das Case Management unterstützen. Dies gilt insbesondere für gut standardisierbare Behandlungsabläufe. Case Management kann sich sowohl auf einen Prozess als auch auf eine Rolle beziehen. Ist der Prozess gemeint, so ist ein Case Manager möglicherweise überflüssig. Je weniger die Versorgung standardisierbar und je komplexer sie ist, desto höher muss das Qualifizierungsniveau des Case Managers sein.

208. Es lassen sich drei Kernfunktionen von Case Management unterscheiden[47] (Ewers et al. 2005), die in der Praxis häufig kombiniert werden:

- Anwaltschaftliche Interessenvertretung (Advocacy-Funktion): In dieser Funktion setzt sich Case Management insbesondere für vulnerable Gruppen (z. B. Arbeitslose, Obdachlose, psychiatrische Patienten) ein. Es soll die Zugangschancen zum Versorgungssystem erhöhen und leistet „Unterstützungsmanagement“ für eine Person oder Familie (Wendt 2001). Gleichzeitig wird der Patient unterstützt, Empowerment- und Coping-Strategien zu entwickeln.
- Makler-Funktion (Broker-Funktion): Case Management fungiert hier als unabhängiger Vermittler zwischen Leistungsanbietern und Patienten.[48] Um die Unabhängigkeit zu wahren, ist es nicht bei einem bestimmten Leistungsbringer angesiedelt. Im Gegensatz zur Advocacy-Funktion mit einer stark patientenorien-

[46] Im Gegensatz zum Case Management, das den individuellen Fall begleitet, betont das Care Management die überindividuelle Koordination der Versorgung (care) in einer spezifischen räumliche Struktur oder für eine spezifische Patientengruppe. Care Management wurde ursprünglich für die Versorgungsdefizite des NHS in Großbritannien entwickelt und implementiert. Es wird überwiegend als kommunale Aufgabe angesehen.

[47] Dies gilt zumindest für den US-amerikanischen Kontext.

[48] In den USA unterstützen beispielsweise private Case Management Organisationen gegen Bezahlung den insbesondere älteren Patienten bei der individuellen Koordination der Versorgung. Für den Patienten lohnt sich die Investition in diese Vermittlungsgebühren, wenn sich mit Hilfe des Case Managers teure, stationäre Aufenthalte vermeiden lassen.

tierten Perspektive nimmt die Broker-Funktion eine mehr organisations- und institutionsbezogene Perspektive ein.

– Gate-Keeper-Funktion: In dieser Funktion kontrolliert Case Management primär den Zugang des Patienten zum gesamtgesellschaftlich finanzierten Versorgungssystem.[49] Case Management vermittelt hier zwischen der Versorgungsnachfrage des Patienten einerseits und den (knappen) Ressourcen des Versorgungssystems andererseits. Es wacht über einen adäquaten, effizienten Einsatz der Mittel. Besonders häufig ist diese Form des Case Managements in der Primärversorgung angesiedelt.

209. Case Management kann erstens durch neutrale Instanzen (unabhängige Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen/IAV-Stellen), zweitens durch Leistungserbringer und drittens durch Kostenträger erfolgen (Ewers et al. 2005).

210. Durch die Implementierung eines Case Managers im Versorgungsgeschehen kann eine zusätzliche Schnittstelle entstehen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass dadurch keine neuen Probleme der Zuständigkeit entstehen.

211. In den USA gab es heftige Auseinandersetzungen darüber, welche Berufsgruppe am besten geeignet ist, als Case Manager zu agieren. Auch in Deutschland zeichnen sich ähnliche Auseinandersetzungen ab. Die sehr heterogenen Modelle des Case Managements lassen jedoch nicht zu, dass eine oder einzelne Berufsgruppen benannt werden, die prädestiniert sind für die Rolle des Case Managers. Vielmehr hängt dies stark von der jeweiligen Situation ab.[50]

[49] In den USA wurde diese Form des Case Managements im Zusammenhang mit steigenden Ausgaben bei Medicaid und Medicare immer wichtiger. Ziel des Case Managements ist hier in erster Linie eine Reduktion der Ausgaben.

[50] Der Rat strebt an, in einem zukünftigen Gutachten stärker auf die Rollenausfüllung einzugehen.

Exkurs: Evaluation der Effekte von Case Management

Die Beurteilung der Wirkung von Case Management ist – analog zur Evaluation der Effekte von Advanced Nursing Practice (s. Exkurs im Abschnitt 0) – kontextabhängig. Es existiert eine Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit von Case Management, die sich allerdings oft auf die Versorgung bestimmter, häufig chronisch erkrankter Patientengruppen beziehen. Nachfolgend soll exemplarisch eine kleine Auswahl von Studienergebnissen präsentiert werden.

In einem systematischen Review wurde die Wirkung von Case Management auf die Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS untersucht. Dabei wurde eine Reduktion der Mortalität und eine Verbesserung der Arzneimittelversorgung festgestellt (Handford et al. 2006). In einer Meta-Regressions-Analyse wurde untersucht, welche Versorgungsstrategien bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zu einer Verbesserung der Stoffwechseleinstellung führen (Shojania et al. 2006). Während mit den meisten der elf untersuchten Strategien lediglich geringe oder moderate Verbesserungen erreicht wurden, konnte Case Management eine deutliche Verbesserung bewirken. Dies galt insbesondere für die Modelle, in denen Case Manager die Medikation des Patienten anpassen konnten, ohne die Zustimmung des Arztes abwarten zu müssen. Auch für das Case Management im hausärztlichen Kontext für Patienten mit Depressionen konnten positive Effekte festgestellt werden (Gensichen et al. 2006b). Für die ambulante Versorgung älterer Patienten mit verschiedenen Gesundheitsproblemen (z. B. Demenz, Immobilität, Inkontinenz oder Z. n. Schlaganfall) zeigten sich positive Effekte durch integrierte Versorgung, die auch Case Management Elemente beinhaltete (Bernabei et al. 1998). Stationäre Aufnahmen oder Aufnahmen in Pflegeheime konnten in der Interventionsgruppe (verglichen mit einer herkömmlichen Behandlung) gesenkt werden. Zudem verbesserte sich die Fähigkeit zur Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens in der Interventionsgruppe und die Kosten der Versorgung konnten mit 1 800 US-Dollar pro Jahr gesenkt werden. Es finden sich zahlreiche weitere Studien, die positive Effekte von Case Management nachweisen.

2.6.2.1 Case Management in Deutschland

212. Die Diskussion um Case Management Modelle hat in Deutschland wesentlich später als im angloamerikanischen Raum eingesetzt. Zunächst wurde die Übertragung von Konzepten in der Sozialarbeit unter der Bezeichnung „Unterstützungsmanagement“ diskutiert und umgesetzt (Wendt 2001). Inzwischen sind auch andere Gesundheitsberufe beteiligt. In der Praxis finden sich zahlreiche, sehr unterschiedliche Modellprojekte (s. nachfolgenden Exkurs), die beispielsweise angesiedelt sind beim Hausarzt, in der Rehabilitation, in der kommunalen Altenhilfe, im stationären Bereich, bei unabhängigen Beratungsstellen oder bei Krankenkassen. Eine weitere Stärkung des Case Managements dürfte sich aus den Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ergeben, das jedem Versicherten Anspruch darauf verleiht, dass ihm der Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen erleichtert und nahtlos gestaltet wird (§ 11 Abs. 4 SGB V).

213. In den letzten Jahren zeichnet sich die Tendenzen ab, Ansätze von Case Management in Deutschland zu bündeln (von Knesebeck et al. 2006). Einige Zeichen dafür sind:

– die gemeinsam von der Pflege und der Sozialen Arbeit entwickelten und verabschiedeten „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“,[51]

– die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC),[52]

– die Empfehlungen des Runden Tisches Pflege des BMFSFJ und des BMGS zu Case Management (Runder Tisch Pflege 2005).

214. Bestimmte Defizite im Kontext des deutschen Case Managements lassen sich identifizieren (Ewers et al. 2005):

– Die beiden wichtigen Berufsgruppen Ärzte und Pflege sind zu wenig in den Diskussions- und Umsetzungsprozess um die Einführung von Case Management Modellen involviert.

– Verschiedene Bereiche der Versorgung verwenden das Instrument des Case Managements bisher unzureichend, z. B. die ambulante Pflege, Psychiatrie oder Suchthilfe.

– Für bestimmte Patientengruppen ist das Case Management Angebot bisher unzureichend, beispielsweise für Suchtkranke, Migranten oder Obdachlose. Gleichwohl könnten diese Gruppen von einem Angebot profitieren.

– Anforderungen an die Organisation von Case Management und die Ausbildung von Case Managern werden zu wenig reflektiert.

[51] s. hierzu die Website der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management, http://www. case-manager.de/cm-richtlinien.htm.

[52] s. auch www.dgcc.de.

Exkurs: Beispiele für Case Management Projekte in Deutschland

‚PRoMPT‘

Im Projekt PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) soll die Übertragbarkeit einzelner Elemente des Chronic Care Modells auf den deutschen Kontext untersucht werden. Im Vordergrund steht dabei das Instrument des Case Managements. Zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Major Depression im Rhein-Main-Gebiet übernehmen speziell geschulte medizinische Fachangestellte Case Management Aufgaben. Insbesondere kommt ein monatliches Telefon-Monitoring unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens mit 12 Fragen zum Einsatz, der den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten abbildet. Bei Bedarf kann dann eine ärztliche Intervention veranlasst werden. Darüber hinaus erinnern die Case Manager an Kontrolluntersuchungen und klären Fragen zur Medikamenteneinnahme und zu möglichen Nebenwirkungen.

Soziotherapie

Soziotherapie wurde mit der Gesundheitsreform 2000 im SGB V verankert. Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung soll sie schwer psychisch Kranken die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll koordinierende und begleitende Unterstützung der Patienten im sozialen Umfeld leisten und stationäre Aufenthalte vermeiden oder verkürzen. Soziotherapie bedarf einer ärztlichen Verordnung. Sie soll eine Anleitung zur Selbsthilfe und Selbständigkeit bieten sowie eine Verbesserung der Compliance und Motivation erreichen. Case Management in der Soziotherapie erfüllt damit die Funktion der anwaltschaftlichen Interssenvertretung. Eine Dokumentation der Leistungserbringung ist erforderlich. Die Behandlungsdauer beträgt maximal 120 Stunden in drei Jahren. Soziotherapie darf nur von Diplom-Sozialarbeitern und -pädagogen sowie von Fachkrankenschwestern für Psychiatrie erbracht werden, die mindestens eine dreijährige Berufspraxis vorweisen. Sie bedarf einer Verordnung durch Nervenärzte/Psychiater, die eine Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund aufweisen sollten. Initial ist auch eine Verordnung von drei Stunden durch andere Fachärzte möglich. Soziotherapeuten rechnen ihre Leistungen selbst mit den Krankenkassen ab.

‚Bunter Kreis‘

Das Modell Bunter Kreis bietet in erster Linie Case Management in der pädiatrischen Nachsorge, d. h. im Übergang von der stationären in die nachstationäre Versorgung für Kinder und deren Familien. Am Anfang des Projekts stand der Suchprozess nach einem praxisfähigen Nachsorgekonzept für Familien mit chronisch, krebs- und schwerstkranken Kindern im Einzugsgebiet der Kinderklinik Augsburg (Porz et al. 2005). Das mit verschiedenen Klinikmitarbeitern und Selbsthilfegruppen entwickelte Konzept stellte das Instrument des Case Managements in den Mittelpunkt und beschäftigt verschiedenste Berufsgruppen wie Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegekräfte, Sozialpädagogen, Psychologen, Familien-, Kunst- und Musiktherapeuten. Pro Jahr werden über 1 700 Familien begleitet. Die Schulung der Case Manager findet in einer eigens konzipierten Weiterbildung statt, die sich an den „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“ orientiert.

2.6.2.2 Handlungsempfehlungen im Zusammenhang mit Case Management

215. Insgesamt kann mit dem Instrument des Case Managements eine Verbesserung der Patientenorientierung und ggf. auch der Partizipation der Patienten in einem nach wie vor stark fragmentierten Versorgungssystem erzielt werden. Dabei ist wichtig, Case Management auf sinnvolle Weise ins Versorgungsgeschehen zu integrieren und nicht nur dem Versorgungsgeschehen eine weitere Versorgungsinstanz hinzuzufügen und damit eine weitere Schnittstelle zu schaffen. Wie die Organisation des Case Managements im Einzelnen ausgestaltet werden soll, hängt von den verfolgten Zielen ab. Es ist allerdings für geeignete Qualifizierungsmaßnahmen der Case Manager zu sorgen. Je nach Modell stellt dies unterschiedliche Anforderungen an die Qualifizierung. Dabei gilt: Je mehr Versorgungssektoren einbezogen werden und je komplexer das Krankheitsgeschehen des Patienten, desto höhere Anforderung sind an die Qualifizierung zu stellen. Zur Unterstützung (und auch zur Vereinfachung) des Case Managements ist die Erstellung multiprofessionell erarbeiteter Leitlinien zu fordern. Grundsätzlich erfordert Case Management eine intensive Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe. Insbesondere dem transsektoralen Case Management kommt eine prominente Bedeutung zu, es erfordert jedoch auch eine sektorübergreifende Vergütung (s. auch Kapitel 3)

2.6.3 (Hochspezialisierte) stationäre Teams

216. Der Transfer von Innovationen in die Versorgung schwerer Akuterkrankungen oder schwerer Komplikationen chronischer Erkrankungen ist ein wichtiger Aspekt eines adäquaten Gesundheitswesens. Hierunter ist nicht der Verzicht auf die notwendige klinisch-evaluative Forschung zu verstehen, sondern eher die Integration von klinischer Forschung und Patientenversorgung (Zerhouni 2005). Neue Behandlungsmethoden werden meist in Universitätskliniken oder Krankenhäusern der Maximalversorgung angewandt, erfordern dort aber eine Änderung der Strukturen und stellen neue Anforderungen an die Berufsgruppen. In der Vergangenheit konnte z. B. in der Transplantationsmedizin beobachtet werden, wie sehr und wie rasch sich bauliche (Isolierstation), organisatorische (z. B. Luftreinhaltung) und professionelle Strukturen an die neuen Methoden anpassten. Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen, aber auch im technischen Bereich kam es zu Spezialisierungen, die für die Durchführung dieser Behandlungsmethode unerlässlich waren.

217. Die hoch spezialisierte Versorgung im Krankenhaus muss folgenden Kriterien gehorchen:

– Interdisziplinärer Ansatz: Innovationen können nur dann eingeführt werden, wenn sie von allen betroffenen Fachdisziplinen unterstützt werden.

– Multiprofessioneller Ansatz: Innovationen müssen von allen Berufsgruppen getragen werden.

– Spezialisierung wird von Integration begleitet: Maßgebliche Innovationen sollten in Zusammenarbeit mit funktionalen (Querschnitts-)Zentren getragen werden.

– Ausbildung: Die beteiligten Berufsgruppen müssen sich fachlich im Umgehen mit den Innovationen trainieren. Dabei müssen die Aus-, Weiter- und Fortbildungsbedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen sorgfältig und differenziert beachtet werden.

218. Die Zusammenfassung von hoch spezialisierten Behandlungsmethoden in Zentren ist von besonderer Wichtigkeit, nicht nur aus Kostengesichtspunkten, sondern auch aus Gründen der zu erreichenden Qualität. Beispiele sind Tumorzentren, Transplantationszentren, Herzzentren oder Gastro-Zentren, die exemplarisch besonders wichtig sind, ansonsten aber eher auf kleine Patientengruppen spezialisiert sind. Im Addendum zum Gutachten 2000/2001 zeigte der Rat die Kompetenzbündelung am Beispiel der Hämophiliebehandlung und im GA 2003, II-6.3 am Beispiel der neuromuskulären Erkrankungen. Dabei spielt auch das Erreichen von Mindestmengen (Behandlungen, OPs etc.) eine wichtige Rolle. Für die Patienten bedeutet eine Versorgung in hoch spezialisierten Versorgungszentren die Bereitschaft zur Mobilität. In der Vergangenheit hat sich eine zunehmende Wanderbewegung von Patienten abgezeichnet (Fleßa 2005; Infas-Studie der Rhön-Kliniken). Dieser Trend wird sich in Zukunft voraussichtlich verstärken, und zwar insbesondere, wenn Patienten dadurch in den Genuss einer qualitativ höherwertigen Versorgung gelangen. Patienten könnten eher bereit sein, sich in wohnortferneren Kliniken behandeln zu lassen, wenn der stationäre Versorgungszeitraum zeitlich begrenzt ist und eine Weiterversorgung im häuslichen Umfeld erfolgen kann. Zur Unterstützung des Ent-

scheidungsprozesses der Patienten ist die Bereitstellung von Qualitätsinformation wichtig.

219. Die hoch spezialisierten Versorgungszentren vereinen für die Berufsgruppen das unter dem Case Management Konzept bereits angeführte Charakteristikum der Prozessorientierung mit der Dimension der Innovationsorientierung. Für den ärztlichen Dienst bedeutet dies die Option der wissenschaftlichen oder wissenschaftsnahen Qualifizierung, für die Pflege die Option der pflegewissenschaftlichen Evaluation, der Spezialisierung im Sinne der Study Nurses oder der Spezialisierung entsprechend der fachlichen Anforderungen der Innovation (z. B. Koordination des Tumorzentrums, Breast Nurse, Weiterbildung Onkologie oder Transplantationsmedizin).

220. Es ist zu erwarten, dass zukünftig im Bereich der hoch spezialisierten Versorgungszentren neben der Pflege auch andere, nicht-ärztliche Berufe verstärkt hinzugezogen werden (z. B. medizinisch-technische Assistenten, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc.). Auch hier ist mit weiteren Spezialisierungen zu rechnen, in deren Prozess neue Berufe entstehen können (wie in der jüngsten Vergangenheit z. B. der Beruf des Kardiotechnikers). Dies gilt insbesondere für (technisch dominierte) Routineleistungen.

221. In komplexen Strukturen mit teamzentrierten Arbeitsformen wie Kliniken werden Leistungseffektivität und Effizienz auch durch die ‚Eingespieltheit' der Teams mit gegenseitiger Kenntnis, Einschätzungsvermögen und Vertrauen der einzelnen Teammitglieder untereinander bestimmt. Das Team profitiert somit von einer gewissen Konstanz der personellen Zusammensetzung. Dem gegenüber stehen derzeitige Tendenzen der Krankenhäuser, vor allem in den neuen Bundesländern immer kürzere Vertragslaufzeiten für Ärzte, z. B. bis zu Begrenzungen auf ein halbes Jahr, anzubieten (Hibbeler 2006). Dem Ziel, leistungsstarke Teams aus mehreren Berufsgruppen am Krankenhaus vorzuhalten, sind solche Entwicklungen nicht förderlich.

222. Verschiedene aktuelle Entwicklungen erhöhen den Druck, die stationäre Versorgung zu reorganisieren (s. auch Kapitel 4). Beispiele hierfür sind die Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Union oder der aktuelle Tarifabschluss für Krankenhausärzte. Diese Entwicklungen führen dazu, dass die ärztliche Arbeit teurer wird und gleichzeitig mehr Ärzte benötigt werden. Der finanzielle Druck auf die Kliniken verschärft sich. Damit könnte sich eine Reorganisation der Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen beschleunigen, um die teurer gewordene Arbeitskraft Arzt zu entlasten. Eine Zunahme von Aufgabenübertragungen von Ärzten auf andere Professionen, z. B. die Pflege, ist also denkbar. Da die Zahl der Pflegekräfte in den letzten zehn Jahren jedoch kontinuierlich abgenommen hat, müssen parallel entweder verstärkt Pflegefachkräfte eingestellt werden oder diese wiederum durch andere Berufsgruppen, beispielsweise Pflegehilfskräfte, entlastet werden. Interprofessionelle Leitlinien können den Prozess der Neuordnung der Aufgabenteilung maßgeblich unterstützen. Auch die Aus-, Weiter- und Fortbildung müssen entsprechend angepasst werden.

223. Ein aktuelles Beispiel zur Neuorganisation des Arbeitsfeldes Anästhesie in Deutschland wurde bereits in Abschnitt 2.2.6.2 ausführlich dargestellt. Nachfolgender Exkurskasten skizziert weitere nationale Modelle.

Exkurs: Neue Rollen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe im stationären Bereich

In Deutschland findet sich seit kurzem ein berufsbegleitender Ausbildungsgang zum Physician Assistant (s. auch Exkurs in Abschnitt 2.6). Er schließt mit einem Bachelor of Science in Physician Assistance ab und soll auf Assistenztätigkeiten im OP bzw. in der Ambulanz vorbereiten. Dabei ist unklar, wie sich die Aufgaben zukünftig zwischen Operateur, Physician Assistant, OP-Pflegepersonal und Operationstechnischen Assistenten verteilen sollen und wie weit die Befugnisse des PAs in Deutschland tatsächlich reichen können.

Daneben haben verschiedene Kliniken Programme entwickelt, um Chirurgie- bzw. Operationsassistenten weiterzubilden und einzusetzen. Die unterschiedlichen Konzepte sind sehr heterogen angelegt, was Dauer und Inhalt der Weiterbildungen angeht. Zugangsvoraussetzungen sind relevante Ausbildungsabschlüsse (und Weiterbildungsabschlüsse) und zum Teil Berufserfahrung. Beispiele sind: Chriurgisch-technische Assistenten, Chirurgie-Assistenten in der allgemeinen Chirurgie, Unfallchirurgie oder Gynäkologie, Kardiovaskular-Assistenten und Kardiotechniker.

Zur Unterstützung im administrativen und wissenschaftlichen Bereich sind ebenfalls eine Reihe neuer Berufsrollen entstanden. Zum einen sind dabei die medizinischen Dokumentationsassistenten zu nennen, ein weiteres Beispiel sind die Studien-Assistenten (auch Studienkoordinatoren, Study Nurses, Klinischer Monitor usw.), die sich auch in Deutschland zusehends etablieren, bisher eine Weiterbildung absolvieren und deren Aufgabe es ist, während aller Etappen von wissenschaftlichen Studien mitzuarbeiten und den Prüfarzt zu unterstützen.

2.7 Optionen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

224. Nachfolgend sollen Optionen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe diskutiert werden. Im Einzelnen geht es dabei um deutliche Abgrenzungen der Tätigkeitsbereiche der verschiedenen Gesundheitsberufe (2.7.1), klar geregelte Möglichkeiten zur Erprobung eines neuen Professionenmixes bzw. Tätigkeitsübertragung (2.7.2), Verbesserung der Standardisierung (2.7.3) und gemeinsame Datendokumentation der Gesundheitsberufe (2.7.4). Zusätzlich sollte eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen immer von einer entsprechenden Reform der Berufsausbildung begleitet werden. Diese wird in (2.7.5) diskutiert.

2.7.1 Neubeschreibung der Aufgabengebiete der Gesundheitsberufe

225. Die Aufgabengebiete der verschiedenen Gesundheitsberufe weisen unterschiedlich große, fachliche Schnittmengen auf. Daneben lassen sich für jede einzelne Berufsgruppe Aufgabenbereiche beschreiben, die als Kernkompetenzen anzusehen sind und im Grunde nur von dieser einen Berufsgruppe durchgeführt werden.

226. Kernkompetenzen dienen der Identitätsbildung und -entwicklung der einzelnen Gesundheitsberufe und legen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen fest. Sie erfordern zunächst eine eindeutige Beschreibung der zentralen Aufgabenbereiche der einzelnen Gesundheitsberufe, wie dies bereits heute zum Teil in den gesetzlich definierten Ausbildungszielen geschieht. Für die Gesundheits- und Krankenpflege heißt es z. B.: Die Ausbildung für die Pflege soll insbesondere dazu befähigen, eigenverantwortlich die Bedarfsfeststellung, Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung der Pflege vorzunehmen. Diese Aufgaben können als Kernkompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege angesehen werden, es ergibt sich aus der Aufzählung jedoch kein Exklusivanspruch der Pflege auf diese Tätigkeiten. Für einige nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie Ergotherapeuten oder Logopäden fehlen diese Beschreibung völlig.

227. Auch für den ärztlichen Beruf fehlt im Prinzip eine Beschreibung der Kernkompetenzen. Wie bereits ausführlich dargestellt ist die Definition von Heilkunde im Heilpraktikergesetz (HPG) von 1939 viel zu weit gefasst und lässt die Nennung des Bereichs der Prävention vermissen.

228. Neben den Kernkompetenzen existieren Aufgabengebiete, die von mehreren Gesundheitsberufen abgedeckt werden. Dabei kann z. B. an die psychosoziale Betreuung oder das Case Management und Bereiche der Prävention gedacht werden. Diese Gemeinsamkeiten der Gesundheitsberufe müssen identifiziert und als Poolkompetenzen beschrieben werden. Eine Zuordnung dieser interdisziplinären Aufgaben zu lediglich einer Berufsgruppe wäre für ein kooperatives und flexibles Versorgungssystem kontraproduktiv.

229. Bei einer Neudefinition der Kern- und Poolkompetenzen der verschiedenen Gesundheitsberufe sind alle Gesundheitsberufe und auch weitere Akteure des Gesundheitswesens aufgefordert, im Dialog die Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen zu bestimmten.

230. Insbesondere durch die Pflege wird immer wieder die Festschreibung der Kernkompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe durch die Schaffung von Vorbehaltsaufgaben gefordert (z. B. Igl/Welti 1998, Landenberger/Görres 2004).[53] Vorbehaltsaufgaben erscheinen zum einen dort sinnvoll, wo eine bestimmte Ausbildung Voraussetzung ist für die Ausübung spezifischer Tätigkeiten im Sinne von Qualitätssicherheit und vor allem Patientensicherheit. Darüber hinaus können Tätigkeitsvorbehalte zur allgemeinen Stärkung der entsprechenden Berufsgruppe und damit zu deren Professionalisierung beitragen. Auf lange Sicht könnten sie somit die Attraktivität, die dieser Beruf auf Auszubildende und Berufstätige ausübt, erhöhen. Die Nachteile von weitreichenden Tätigkeitsvorbehalten bestehen darin, dass sie einer flexiblen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Wege stehen, wie im folgenden Exkurskasten zur Erfahrung mit Tätigkeitsvorbehalten in Österreich gezeigt wird.

[53] Bereits der so genannte „Spritzenstreik“ in den 1970er Jahren, der vom stationären Sektor initiiert wurde, zielte darauf ab, zu einer eindeutig abgrenzbaren Aufgabenverteilung zwischen Ärzteschaft und Pflege zu kommen (Ewers 2001).

Exkurs: Gesetzlich festgeschriebene Tätigkeitsvorbehalte für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) von 1997 regelt für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege[54] sowie für die Pflegehilfe die Tätigkeitsbereiche, allgemeine Berufspflichten, Berufsbild und Berufsbezeichnung, Berufsberechtigung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Strafbestimmungen. Das Gesetz unterscheidet zwischen eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereichen für den gehobenen Dienst.

Eigenverantwortliche Tätigkeitsbereiche: Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, Pflegeforschung sowie Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. Die Pflege haftet bei diesen Tätigkeiten für Schäden auf Grund von nicht fachgemäßer Handlung.

Mitverantwortliche Tätigkeitsbereiche: Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Die Anordnung erfolgt schriftlich (oder in begründeten Ausnahmefällen mündlich) und wird durch Unterschrift der Pflegeperson bestätigt. Insbesondere geht es um folgende Tätigkeiten: Verabreichung von Arzneimitteln, Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang (ausgenommen Transfusionen), Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren, Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung, Durchführung von Darmeinläufen und Legen von Magensonden. Diese Tätigkeitsaufzählung ist nicht erschöpfend, sondern beispielhaft zu verstehen.

Interdisziplinäre Tätigkeitsbereiche: Umfassen jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Gesundheitsberufe betreffen. Das diplomierte Pflegepersonal hat hier ein Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Insbesondere geht es um folgende Tätigkeiten: Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung, Gesundheitsberatung und Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.

Die Pflegehilfe darf laut Gesetz pflegerische Maßnahmen nur nach Anordnung und unter Aufsicht von diplomiertem Pflegepersonal durchführen. Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen erfordert die Aufsicht von Ärzten oder diplomiertem Pflegepersonal. Ein Tätigwerden ohne Aufsicht ist nur in Ausnahmefällen möglich.

Dieses Berufsgesetz gibt in Österreich den Rahmen der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften vor. Den Einrichtungen steht trotz des Gesetzes frei, in Dienstordnungen über das Ausmaß des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs selbst zu entscheiden und sogar gar keine Aufgabenübertragungen an Pflegekräfte zuzulassen.

Beurteilung des Gesetzes: Eine aktuelle Studie (Winkler et al. 2006) analysiert die Situation der Pflege in Österreich. In Bezug auf das GuKG kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die sehr genau festgelegten Tätigkeitsvorbehalte in der Praxis eine flexible Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen (z. B. mit Hebammen und Kinderkrankenpflege) behindern. Treten in der Praxis Tätigkeitsüberschneidungen zwischen Berufsgruppen auf, werde von den Betroffenen immer wieder eine Ausweitung der Vorbehalte gefordert. Es sei jedoch sinnvoller, bei Leistungen, die von mehreren Berufsgruppen erbracht werden können, eine Poolkompetenz zu schaffen, wie dies bereits im mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich des GuKG der Fall ist. Auch andere Berufsgruppen als Ärzte und Pflege sollten auf diese Weise geregelt werden.

231. Tätigkeitsvorbehalte sind grundsätzlich dort sinnvoll, wo Patienten in besonderer Weise geschützt werden müssen und die Ausübung der Tätigkeit einer speziellen Ausbildung bedarf. Für alle anderen Tätigkeiten, die theoretisch durch mehrere Berufsgruppen ausgeübt werden könnten, verhindern Tätigkeitsvorbehalte eine flexible Zusammenarbeit und Versorgung des Patienten. Auch werden immer wieder verfassungsrechtliche Bedenken, die durch Berufsverbote entstehen, geäußert. Aus diesem Grund sollten Tätigkeitsvorbehalte so sparsam wie möglich eingesetzt werden. Als Instrument zur Stärkung der Position einzelner Berufsgruppen im Gesundheitswesen oder deren Professionalisierung eignen sie sich zwar, mindern jedoch womöglich die Effektivität und Effizienz der Versorgung.

[54] Der österreichische gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist mit der deutschen Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in gleichzusetzten. Ebenso wie in Deutschland dauert die Ausbildung in Österreich in der Regel drei Jahre.

2.7.2 Möglichkeiten zur Erprobung neuer Aufgabenverteilungen

232. Eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen und insbesondere eine verstärkte Aufgabenübertragung an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ist mit einem Umdenken der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen verbunden und erfordert einen langsamen Umgestaltungsprozess. In diesem Prozess ist auch immer wieder der Effekt einer Aufgabenneuverteilung zu evaluieren. Ein schrittweises Vorgehen scheint darum angebracht.

233. Zunächst bietet es sich an, die bereits heute existierenden Möglichkeiten der Tätigkeitsübertragung an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe verstärkt zu nutzen. Dies ist über den Weg der Delegation möglich. Im stationären Bereich geschieht dies bereits zunehmend. Schwierig erweist sich in der Praxis teilweise die Delegation von Aufgaben, die bisher nur durch Ärzte ausgeführt wurde, wenn Unklarheit über die Zulässigkeit dieser Modelle herrscht. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass keine eindeutige Definition des ärztlichen Aufgabengebiets existiert. Die Entscheidung über die Zulässigkeit einer neuen Aufgabendelegation könnte in solchen Fällen der Unsicherheit bei einem unabhängigen Expertengremium bzw. den Aufsichtsbehörden angesiedelt sein. Bei verstärkter Übertragung von ärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, insbesondere die Pflege, muss auch eine möglicherweise daraus resultierende Notwendigkeit zur Personalaufstockung bedacht werden. Denn durch die Delegation kommt es bei den Ärzten zwar zu einer Entlastung, unter den Delegationsempfängern hingegen steigt womöglich die Arbeitsbelastung durch die zusätzlichen Aufgaben. Es bedarf also entweder zusätzlichen Personals oder die Berufsgruppe, die die Tätigkeit übernimmt, muss ihrerseits Aufgaben an andere, beispielsweise die Pflegehilfe, abgeben können.

234. Um weiterreichende Modelle der Aufgabenverteilung, auch mit mehr Eigenständigkeit der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, zu erproben, bedarf es jedoch einer neu zu schaffenden Option. Dies könnte beispielsweise in Modellvorhaben geschehen. Wichtig ist dabei eine gute Evaluation der Effekte, sowohl hinsichtlich der Qualität als auch der Kosten der Versorgung. Auch hier könnte die Entscheidung über die Zulassung eines solchen Modellversuchs bei unabhängigen Experten bzw. Aufsichtsbehörden liegen.

235. Erst wenn sich durch Evaluation ein positiver Effekt dieser neuen Modelle ergeben hat, empfiehlt sich im letzten Schritt eine Einführung in der Fläche.

2.7.3 Interprofessionelle Standards

236. Der medizinische Standard bestimmt den haftungsrechtlichen Standard. Damit ist eine standardentsprechende Leitlinie haftungsrechtlich verbindlich (Hart 2005). In diesem Sinne können Leitlinien dazu beitragen, der bestehenden Rechtsunsicherheit bezüglich einer Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen entgegenzuwirken. Dabei ist zweierlei zu bedenken: Erstens können Leitlinien, indem sie einzelne Versorgungsschritte in systematisierter Reihenfolge darstellen, Möglichkeiten einer Übernahme von Teilaufgaben durch nicht-ärztliche Berufsvertreter aufzeigen. Zweitens sind vor allem Leitlinien, die komplexe Versorgungsaufgaben umfassen, geeignet, Arbeitsanteile nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe darzustellen. Voraussetzung dabei ist auch, dass die Rechtspraxis inklusive der medizinischen Sachverständigen zukünftig Leitlinien zur Klärung haftungsrechtlicher Fragen routinemäßig heranzieht. Dies gilt bisher jedoch nicht wirklich (Hart 2005).

Exkurs: Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit medizinischen Standards

Der medizinische Standard gibt den jeweils aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand unter Berücksichtigung praktischer Erfahrung und professioneller Akzeptanz wieder.

Er wird aus einzelnen Forschungsergebnissen, Lehrmeinungen und institutionalisierten Expertenkommissionen gewonnen und kann sich in verschiedenen, aber gleichwertigen Behandlungswegen manifestieren (DGMR 2003). Zur Festlegung des Standards bieten sich vier Arten der Normierung: Richtlinien, Leitlinien, Behandlungspfade und Empfehlungen (Hart 2005).

Eine Richtlinie ist im Gegensatz zur Leitlinie verbindlich. Bei Nichtbefolgen drohen Sanktionen. Leitlinien bieten Orientierungshilfen und sollten befolgt werden. In begründeten Fällen jedoch kann bzw. muss davon abgewichen werden. Empfehlungen schließlich können befolgt werden.

Medizinische Leitlinien sind zu definieren als „systematisch entwickelte Stellungnahmen mit dem Ziel, die Entscheidungen von Leistungserbringern[55] und Patienten zu unterstützen“ (Field et al. 1990). Sie eignen sich dazu, die kontinuierlich zunehmende Informationsmenge an wissenschaftlicher Evidenz sowie an Expertenmeinungen über „gute medizinische Praxis“ den Leistungsträgern im Gesundheitswesen (Ärzten, Pflegekräften und anderen Fachberufen) und der Öffentlichkeit zu vermitteln (AWMF 2001).

[55] In verschiedenen Übersetzungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird der englische Begriff „practitioner“ mit „Arzt“ übersetzt. Leitlinien sollten sich jedoch nicht nur an Ärzte und Patienten richten, weswegen der Rat an dieser Stelle den umfassenden Begriff ‚Leistungserbringer‘ wählt.

Leitlinien lassen sich unterteilen in nationale Leitlinien und interne (institutionelle) Leitlinien. Zur letzteren Gruppe sind auch Behandlungspfade[56] zu zählen (Schrappe 2005). Behandlungspfade beschreiben Behandlungsabläufe innerhalb eines Versorgungssektors oder sektorübergreifend aus berufsgruppenübergreifender Sicht, die für die Mehrzahl der Patienten mit der entsprechenden Diagnose zutreffen. Für den stationären Bereich, in dem sie seit DRG-Einführung einen erheblichen Bedeutungszuwachs erlebt haben, stellen sie die für den Krankenhausaufenthalt anfallenden Leistungen und Ressourcen prozessbezogen dar (Seyfarth-Metzger 2002). Behandlungspfade können entscheidend zur multiprofessionellen und standardisierten Leistungserbringung beitragen. Zur Erarbeitung von Behandlungspfaden können nationale Leitlinien herangezogen werden, die dann den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung angepasst werden. Die Entwicklung sollte berufsgruppenübergreifend erfolgen. Durch ihren prozessorientierten Charakter helfen Behandlungspfade im stationären Bereich, die ineffizienten Matrixstrukturen der Kliniken zu überwinden.

237. Der Rat, der die AWMF und ihre Mitgliedsgesellschaften in seinem Sondergutachten 1995 gebeten hatte, die Entwicklung medizinischer Leitlinien voranzutreiben und zu koordinieren, begrüßt nachdrücklich die kontinuierliche Weiterentwicklung der Leitlinien hin zur jeweils nächst höheren Stufe (S2 und insbesondere S3), die Einbeziehung aller Fachgesellschaften in diesen Prozess sowie die Einbeziehung von Patientenvertretern. Es gelten jedoch noch die Anmahnungen des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2000/2001 (GA 2000/2001, II, Ziffer 285 ff.): Der Begriff der Multidisziplinarität wird von vielen Leitlinienentwicklern zu eng gefasst und auf innerärztliche Interdisziplinarität reduziert. Multidisziplinarität bei der Leitlinienentwicklung reicht aber weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasst auch die Beteiligung von Repräsentanten nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Eine stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Leitlinienerstellung ist im Sinne einer zunehmenden Teamorientierung der Versorgung jedoch unerlässlich. Für ein Positiv-Beispiel sei auf Großbritannien verwiesen. So lautet der Untertitel der NICE-Leitlinie für Demenz (NICE clinical guideline 42): Supporting people with dementia and their carers in health and social care. Sie wurde interprofessionell erarbeitet und richtet sich an verschiedene Berufsgruppen wie Hausärzte, Pflegekräfte, Geriater, Sozialarbeiter und Psychiater.

238. Zwar werden in Deutschland inzwischen auch Leitlinien durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erarbeitet, was zu begrüßen ist und sich als Qualitätsfortschritt auswirkt. Dies gilt insbesondere für die Pflege, die inzwischen fünf Expertenstandards erarbeitet hat, die Leitlinien-Charakter haben. Der nächste Schritt jedoch, nämlich eine interprofessionelle Leitlinienerstellung, wird in Deutschland noch unzureichend vollzogen. Damit auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zukünftig verstärkt im Sinne von evidenzbasierter Medizin tätig werden können, ist eine ausreichende Methodenkompetenz notwendig, die bereits in der beruflichen Erstausbildung vermittelt werden sollte, was bisher nicht der Fall ist.

[56] Als Synonyme werden in Deutschland die Begriffe geplanter Behandlungsablauf, Clinical Pathway oder Patientenpfad verwendet.

239. Neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität und einer Erhöhung der Rechtssicherheit können mit Hilfe von Leitlinien auch Kosteneinsparungen generiert werden. Eine Metaanalyse[57] zur Evaluation von klinischen Behandlungspfaden zeigt, dass diese die Verweildauer signifikant verkürzen und die Leistungsausgaben senken, wobei die Versorgungsqualität zumindest gleich bleibt (Rotter et al. 2006). Im Durchschnitt kam es im akutmedizinischen Bereich zu einer Verweildauerverkürzung von 1,7 Tagen und einer Kosteneinsparung von 270 US-Dollar[58]. Wurde nur die Verweildauer in der Chirurgie betrachtet, konnte diese mit Hilfe von Behandlungspfaden sogar um durchschnittlich 2,44 Tage gesenkt werden. Gleichzeitig kam es in der Chirurgie – je nach Diagnose – zu Kosteneinsparungen zwischen 419 und 1 543 US-Dollar. Anscheinend wirkt sich also die Implementierung von Behandlungspfaden insbesondere bei invasiven Eingriffen positiv aus. Bei der Einführung von Behandlungspfaden ist zu berücksichtigen, dass deren Implementierung zum Teil eines erheblichen Ressourcenaufwands bedarf. Die Entwicklung lohnt sich also insbesondere für häufige Erkrankungen. Bei der Erstellung und Überarbeitung von Leitlinien ist also zu prüfen, ob Interprofessionalität eine wichtige Rolle spielt. In diesem Fall sind alle betroffenen Gesundheitsberufe einzubeziehen.

2.7.4 Gemeinsame Datendokumentation der Gesundheitsberufe

240. Das heutige Gesundheitswesen ist durch hochkomplexe Behandlungs- und Versorgungsvorgänge gekennzeichnet, die durch Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und auch innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen erbracht werden. An der Patientenversorgung sind verschiedene Abteilungen, Teams und Disziplinen beteiligt. Bei der Zusammenarbeit zwischen und innerhalb der Gesundheitsberufe entstehen Schnittstellen und Übergabesituationen, die sich wiederum innerhalb und zwischen Sektoren, innerhalb von

[57] Insgesamt wurden 13 randomisierte und fünf nicht-randomisierte Studien mit insgesamt 4 217 Patienten eingeschlossen. Unter diesen befand sich keine deutsche Studie.

[58] Da in den Einzelstudien sehr unterschiedliche Kostenarten erfasst wurden, müssen die präsentierten Kosteneinsparungseffekte sehr vorsichtig interpretiert werden.

Institutionen sowie innerhalb und zwischen Abteilungen abzeichnen. „An diesen Schnittstellen dürfen weder Qualitäts- noch Informationsverluste zulasten von Patientinnen und Ärztinnen/Pflege entstehen. Dieses Postulat kann nur eine effektive und effiziente Organisation guter Kommunikation zwischen den Akteuren einlösen“ (Hart 2006a: 845).

241. Um kommunikationsbedingten Fehlern an Schnittstellen vorzubeugen, kommt der Dokumentationspflicht eine besondere Bedeutung zu. Sie dient der Rechenschafts- und Behandlungssicherungspflicht gegenüber dem Patienten, aber auch als Informationsquelle für die anderen Teammitglieder sowie der Beweissicherung (Uhlenbruck/Schlund 2002). Jedem im Team obliegt für die eigenen Aufgaben eine Dokumentationspflicht, sofern keine anders lautende Dienstvorschrift existiert. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass neben dem Pflegeprotokoll auch verschiedene Protokolle der Facharztgruppen im Krankenhaus zu finden sind. Gemeinsame Dokumentationen der verschiedenen Berufsgruppen können Abstimmungs- und Koordinationsprobleme reduzieren und somit die Zusammenarbeit erleichtern (Hart 2006a). Modellvorhaben zur gemeinsamen Datendokumentation in einem einzigen Datenträger scheinen viel versprechend und sinnvoll.

242. Der elektronische Heilberufsausweis erscheint vor diesem Hintergrund als eine wichtige Möglichkeit, um die Kommunikation aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten voranzutreiben. Nur der Heilberufsausweis ermöglicht den Zugriff auf die medizinische Patienteninformation, die die elektronische Gesundheitskarte bereithält, z. B. auf elektronische Arzneimittelrezepte und Verordnungen oder elektronische Patientenakten. Bisher haben Ärzte die umfangreichsten Vorarbeiten für die Herausgaben der Heilberufsausweise geleistet. Es ist jedoch unerlässlich, auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe mit einem Heilberufsausweis auszustatten der eine moderne Form der Zulassung, Registrierung und des Informationszugriffs bietet.

2.7.5 Reform der Ausbildung

243. Wenn für eine gute Zusammenarbeit spezielle Fertigkeiten notwendig sind, müssten diese geschult werden. Möglichst sollte dies bereits in der Ausbildung geschehen. In diesem Zusammenhang muss auch über interprofessionelle Schulungskonzepte nachgedacht werden. Auch muss ausreichende Kenntnis über die Tätigkeitsinhalte der anderen Berufsgruppen, mit denen später zusammengearbeitet wird, vermittelt werden bzw. klar umgrenzte Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen existieren. Folgender Exkurs illustriert Möglichkeiten zur Vereinheitlichung der Ausbildungen sowie zur Verbesserung der späteren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe durch integrierte Ausbildungsgänge.

Exkurs: Integrierte und gestufte Ausbildungs- und Studiengänge

Integrierte Ausbildungs- bzw. Studiengänge sind für mehr als eine Berufsgruppe konzipiert. Gestufte Ausbildungs- bzw. Studiengänge qualifizieren in aufeinander aufbauenden Abschnitten, wobei der Erwerb eines Abschlusses nach bestimmten Ausbildungsstufen möglich ist. Integrierte Ausbildungsgänge bieten sich insbesondere für Berufsgruppen mit sehr ähnlichen Tätigkeitsinhalten an, z. B. für Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege. Wenn sie modular angelegt sind, ergeben sich verschiedene Qualifizierungsstufen, die aufeinander aufbauen. Denkbar ist beispielsweise, dass ein Krankenpflegehelfer bereits nach einem Ausbildungsjahr abgeht, bei späterem Wunsch nach Weiterqualifizierung jedoch wieder in die Ausbildung einsteigen kann. Interprofessionelle Ausbildungsgänge bzw. gemeinsame Grundausbildungen für mehrere Gesundheitsberufe können den Dialog zwischen den Berufsgruppen fördern und könnten dazu beitragen, negative interprofessionelle Vorbehalte zu verhindern.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) schlägt das Modell einer „dualisierten“ Berufsausbildung für Altenpflege und für Gesundheits- und Krankenpflege vor (Becker 2006). Sie basiert auf dem Modell der betrieblichen Berufsausbildung, um den Sonderweg der Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens zu beenden. Die Ausbildungen sind nach Lernfeldern gegliedert. Auch ein Konzept für eine integrierte Ausbildung zur Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege wurde entwickelt.

Das Modell des Bundesausschusses der Länderarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflege (BA) sieht eine gemeinsame Qualifizierung zur Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege vor (Winter et al. 2005). Ziel ist die Aufhebung der Trennung der Berufe, die in der Pflegepraxis als nicht mehr adäquat angesehen wird. Es wurde ein dreijähriger, integrierter Ausbildungsgang an einer höheren Berufsfachschule für Pflege vorgeschlagen.

Eine integrierte und modulare Ausbildung für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte sieht das Konzept der Robert Bosch Stiftung (2000) vor. Das Modell schlägt eine zum Teil generalistisch angelegte Ausbildung vor und sollte in Qualifikationsstufen an berufsbildenden -Schulen oder im Hochschulbereich stattfinden. Das Einsatzgebiet der Ausgebildeten würde dann je nach absolvierten Ausbildungsstufen variieren.

Darüber hinaus sind auch Modelle denkbar, die eine integrierte Ausbildung, und sei es auch nur für kurze Ausbildungsabschnitte, für weitere Berufsgruppen oder evt. sogar für alle Gesundheitsberufe schaffen. Die Profilbildung der Berufe darf dadurch jedoch nicht verwässern. Ein solches integriertes Ausbildungsmodell entwirft das „Memorandum zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen", das ein gemeinsames Bachelor-Studium für alle Gesundheitsberufe vorsieht. Eine weitere Spezialisierung und Differenzierung erfolgt in anschließenden Master-Studiengängen (Göpel 2005). In diesem Zusammenhang bieten sich möglicherweise auch durch die Erklärung von Bologna über die Realisierung eines offenen europäischen Hochschulraums neue Möglichkeiten zur Schaffung modularer oder integrierter Studiengänge, die gleichzeitig die Mobilität der Studierenden und Lehrenden erleichtern, das Ausbildungssystem europaweit vereinheitlichen und die Transparenz erhöhen. Allerdings halten sich die Vorgaben der Bologna-Deklaration bisher an der Grenze des Unverbindlichen (Katelhön 2006). Der Bereich Medizin ist bisher nicht vom Prozess erfasst, der ansonsten die meisten der in Deutschland angebotenen Studiengänge betrifft. Von den ärztlichen Berufsorganisationen wird eine Ausweitung des Prozesses auf die Medizin mit dem Argument der drohenden Deprofessionalisierung und Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung noch mehrheitlich abgelehnt (z. B. Katelhön 2006). Insbesondere im internationalen Kontext wird der Bolognaprozess jedoch als durchaus positiv gewertet und unterstützt (z. B. World Federation for Medical Education 2005). In der Schweiz wird seit dem Wintersemester 2006/2007 eine in Bachelor- und Master-Abschluss gegliederte Medizinerausbildung angeboten. Die Einführung in anderen Ländern ist zu erwarten. Hier bietet sich dann die Möglichkeit, die Folgen der Umstellung in der Praxis zu evaluieren.

Die Effektivität von integrierten Ausbildungs- und Studiengängen ist indessen für Gesundheitsberufe noch nicht nachgewiesen. In einem systematischen Review internationaler Studien wurde der Frage nachgegangen, ob integrierte Ausbildungsgänge für Gesundheitsberufe effektiver sind als separate Ausbildungsgänge für jeweils eine Berufsgruppe (Zwarenstein et al. 2005). Zwar konnte eine große Zahl von Studien zur Evaluation von integrierten Ausbildungsgängen identifiziert werden, von denen jedoch keine die Einschlusskriterien des Reviews erfüllte. Es kann also lediglich festgehalten werden, dass methodologisch fundierte Studien auf diesem Gebiet benötigt werden, um verlässliche Aussagen treffen zu können. Dabei sollten Studien aus Deutschland auf Grund der Unterschiedlichkeiten der Gesundheits- und Ausbildungssysteme verschiedener Länder den Vorzug genießen.

244. Positiv ist der Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe zu bewerten, der seit vielen Jahren in vollem Gange ist. Dabei sollte zum einen eine Vereinheitlichung der bisher sehr heterogen angelegten Studiengänge erfolgen. Da dies jedoch nicht in der Verantwortung des Bundes liegt, sind hier die Länder bzw. die Universitäten in Zusammenarbeit mit den Professionen gefragt. Weiterhin erscheint eine Abstimmung innerhalb der einzelnen Berufsgruppen zwischen den Aufgaben der akademisch Ausgebildeten und den in Schulen des Gesundheitswesens Ausgebildeten als sinnvoll und notwendig. Nur so können sich die verschiedenen Qualifikationsniveaus innerhalb einer Berufsgruppe auf sinnvolle Weise ergänzen. Ein gelungenes Beispiel hierzu findet sich in den Niederlanden (s. u.). Auch sollte bei einigen Berufsgruppen, z. B. der Pflege, im Akademisierungsprozess darauf geachtet werden, dass akademisch ausgebildete Kräfte auch in der direkten Patientenversorgung zum Einsatz kommen, wie dies z. B. beim Advanced Nursing Practice (s. Abschnitt 2.6) der Fall ist.

Exkurs: Gestuftes Ausbildungssystem für Pflegekräfte in den Niederlanden

1997 kam es in den Niederlanden zu einer Reform der Pflegeausbildung, die die Einführung eines fünf Qualifikationsebenen umfassendes Ausbildungssystem bedeutete (Commissie Kwalificatiestructuur 1996). Sie basierte im Wesentlichen auf den Vorschlägen einer durch die Regierung eingesetzten Expertenkommission (Commissie Kwalificatiestructuur). Folgende Ausbildungsebenen werden seitdem unterschieden:

Niveau 1 und 2: Pflegehilfe in der stationären und ambulanten Pflege

Niveau 3: „Verzorgenden", Pflegekräfte in der Versorgung und Betreuung. Sie verfügen über eine dreijährige Fachschulausbildung.

Niveau 4 und 5: „Verpleegkundigen", meist akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Insbesondere in Niveau 5 bieten sich mehrere Spezialisierungsmöglichkeiten.

Entsprechend sind die beruflichen Tätigkeiten der fünf Niveaus aufeinander abgestimmt. Je höher das Ausbildungsniveau, desto mehr nimmt die Verantwortlichkeit der Pflegekraft und die Komplexität der Tätigkeiten zu.

245. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten, an denen Ärzte und Ärztinnen, Pflegekräfte mit unterschiedlichem Ausbildungsniveaus, aber auch viele weitere Gesundheitsberufe, wie z. B. Physiotherapeuten oder Logopäden, Berufsangehörige technischer Berufe oder Naturwissenschaftler unterschiedlicher Fächer arbeiten, sollten mehr Ausbildungsverantwortung für alle, auch neue berufliche Zweige, die zur Heilkunde gehören, übernehmen. Eine solche Verantwortung hat geschichtliche Vorläufe: Zum einen dienten Hospitäler bis in die Neuzeit – neben dem Seelenheil – nahezu exklusiv der Pflege. Erst mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts kam die Medizin zu ihrem fulminanten Einzug in die Hospitäler als Lehrstätten. Zum anderen verschmolzen bereits im 18. Jahrhundert die chirurgischen Fächer, dem Berufstand der Bader entstammend, mit der Medizin. Einige Jahrzehnte später galt dies für viele Naturwissenschaften. Erst in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts übernahmen mehr und mehr Naturwissenschaftler selbstständige Professuren innerhalb der Medizinischen Fakultäten. Ab dem Ende des 19. Jahrhunderts erweiterten die psychosozialen Fächer den Horizont der Medizin und es etablierten sich eigenständige Lehrstühle. So könnten auch heute wieder die Medizinischen Fakultäten das Spektrum ihrer Professuren erweitern und mehr Lehrstühle für Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und weitere Gesundheitsberufe aufbauen und integrieren. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie die Pflege lassen sich als Teil der Heilkunde mit einem eigenen Forschungsbedarf definieren (vgl. GA 2005, Ziffer 683ff.). Wenn bei der Versorgung der meisten Krankheitszustände die Kooperation vieler Professionen erforderlich ist, dann bietet es sich an, das erforderliche Maß an Gemeinsamkeit auch für Aus-, Weiter- und Fortbildung und nicht zuletzt für die Forschung dort anzustreben, wo viele Gesundheitsberufe bereits zusammen arbeiten. Bislang setzen nur sehr wenige Medizinfakultäten in Deutschland auf diese Möglichkeiten und überlassen den Fachhochschulen – außerhalb medizinischer Fakultäten und oft ohne Anbindung an ein Klinikum – den Aufbau neuer Ausbildungsgänge in den Gesundheitsberufen.

2.8 Fazit und Empfehlungen

246. Wer macht in Zukunft was? – Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft? – Das sind die Fragestellungen, die dem Prüfauftrag der Bundesregierung zu neuen Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland zugrunde liegen. Der Rat führte eine umfangreiche Recherche zu den Ressourcen der Gesundheitsberufe und den gegenwärtigen – vor allem rechtlichen – Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung durch. Neben dieser Analyse initiierte er im Frühsommer 2006 eine schriftliche Befragung der Landesministerien zu regionalen Entwicklungen des Professionenmix in der Gesundheitsversorgung und organisierte eine Anhörung von Berufsverbänden zu zukunftsweisenden Modellen der Arbeitsteilung, die im Sommer 2006 stattfand.

Ziele einer neuen Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen

247. Von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen können alle Gesundheitsberufe profitieren, wenn diese zu einer besseren Übereinstimmung zwischen den Erfordernissen eines sich ständig wandelnden Versorgungssystems und den Zielen, Aufgaben und Kompetenzen seiner Akteure führt. Die gegenwärtigen, raschen Veränderungen im Gesundheitswesen realisieren sich in einer Komplexität weit jenseits des bisherigen Erfahrungshorizonts; sie schüren bei Beschäftigten Ängste, beispielsweise im Zusammenhang mit drohendem Arbeitsplatzverlust oder Aufgabe der Praxis, und sie führen zu Unzufriedenheit wegen Arbeitsüberlastung, Einschränkung der professionellen Autonomie und mangelnder, zum Beispiel monetärer Anerkennung.

248. Anstelle einer bislang favorisierten Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe und dem Versuch, die Situation allein innerhalb der Berufsgruppe zu optimieren, kann eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die Patienten weitaus vorteilhafter sein, als an den alten Mustern festzuhalten. Dies gilt vor allem dann, wenn das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe sich dahingehend wandelt, dass flache, vernetzte Teamstrukturen als sinnvoll und tragfähig angesehen werden. Die Realisierung dieser Entwicklung sollte sich an folgenden Zielen orientieren:

- Die Begründung einer neuen Aufgabenverteilung sollte aus dem Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patienten hergeleitet werden.
- Die Versorgung und die in Teams kooperierenden Berufsgruppen müssen dabei gleichermaßen den Gesichtspunkt der Qualität und der Kosteneffektivität berücksichtigen. Leistungen sind stets dort zu erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist.
- Gerade die aktuelle Diskussion um Patientensicherheit offenbart die Abhängigkeit eines modernen Gesundheitssystems von intakter Kommunikation, flachen Teamstrukturen und einer Entkopplung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen.
- Die veränderten Rollen der Gesundheitsberufe müssen flexibel, den lokalen Gegebenheiten angemessen und entwicklungsfähig gestaltet werden, um optimal auf zukünftige, nicht immer vorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten reagieren zu können.
- Die neuen Berufsbilder sollten die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilung zu verbessern und sollten garantieren, dass Tätigkeiten entsprechend des eigenen Qualifikationsniveaus durchgeführt werden können.

- Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozioökonomischen Status abzumildern.

249. Nach eingehender Prüfung und Einholung mehrerer rechtlicher Stellungnahmen weist der Rat darauf hin, dass jede Veränderung der Kooperation und der Aufgabenteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen der Überprüfung und gegebenenfalls der Änderung der rechtlichen Voraussetzungen bedarf. Darüber hinaus setzen die Übernahme neuer Aufgabenfelder oder eine geänderte Verantwortung (Haftung) Anpassungen im Bereich der jeweiligen Primärqualifikationen der einzelnen Berufe oder entsprechende Weiterbildungen voraus.

Status Quo der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

250. Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschaftsfaktor dar. Die Zahl der Beschäftigten in diesem Sektor liegt im Jahr 2005 bei 4,3 Millionen, was 11 % aller Beschäftigten in Deutschland entspricht. In der Gesundheitsversorgung werden überwiegend personenbezogene Dienstleistungen erbracht. Die Leistungserbringung der Gesundheitsberufe erfordert meist eine sehr enge Kooperation, Kommunikation und Koproduktion mit Patienten, aber auch mit anderen Leistungserbringern im System. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf, die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung neu gestaltet werden sollten:

- die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,
- hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,
- die interprofessionelle Standardisierung[59] ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden,
- es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung,
- die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor.

251. Die zentrale Position der Ärztinnen und Ärzte in der Krankenversorgung resultiert in Teilen aus den rechtlichen Rahmenbedingungen. Für Ärzte heißt es in der Bundesärzteordnung, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung ‚Arzt' oder ‚Ärztin' ist. Nur das Heilpraktikergesetz (HPG) von 1939 bietet eine Definition der Heilkunde („jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen"). Nach dem HPG müsste der Arzt (oder Heilpraktiker) sämtliche Versorgungsleistungen selbst erbringen. In verschiedenen anderen Rechtsnormen ist zudem die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung des Arztes verankert (ärztliches Berufsrecht, Sozialrecht, Vergütungsrecht). Im Alltag der Krankenversorgung ist tatsächlich aber eine große Zahl von Gesundheitsberufen an der Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten (und damit an der Heilkunde) direkt beteiligt. Auf die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nimmt das HPG keinerlei Bezug. Die Definition von Heilkunde im HPG ist darüber hinaus aus heutiger Sicht unvollständig, da beispielsweise präventive Aufgaben nicht beschrieben werden.

252. Sollen Aufgaben zwischen den Berufen neu verteilt werden und die Möglichkeit einer Tätigkeitsübertragung (z. B. von Ärzten an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe) beurteilt werden, muss auf die Rechtsprechung zurückgegriffen werden. Diese Situation führt insbesondere bei Aufgabenübertragungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe immer wieder zu Problemen und Verunsicherungen. Darüber hinaus stellt sich den Akteuren die Frage, in welchem Ausmaß ein selbständiges Handeln nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe erfolgen kann und wie sich die Haftung verteilt. Hieraus ergibt sich eine Rechtsunsicherheit vieler Beschäftigter und Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Diese Unsicherheit, gepaart mit fehlender Standardisierung und mangelhaftem Wissen um die Tätigkeitsinhalte der jeweils anderen Berufsgruppen, führt einerseits zur Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen – Infusionen oder administrative Arbeiten werden z. B. häufig von Ärzten ausgeführt – und kann andererseits zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität, einer unnötigen Patientengefährdung und damit einer ineffizienten Krankenversorgung beitragen.

253. Die mangelhafte interprofessionelle Leitlinienerstellung ist ein weiteres Indiz für das Fehlen einer koordinierten Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Bisher findet bei der Leitlinienentwicklung in erster Linie eine innerärztliche Interdisziplinarität statt. Daneben entwickeln inzwischen auch andere Gesundheitsberufe Standards, z. B. die Pflege oder die Physiotherapie, jedoch nicht unter angemessener Beteiligung von Medizinern. Damit wird die Chance nicht genutzt, neue, effizientere und wissenschaftlich begründete Kooperationsstrukturen der Gesundheitsberufe zu schaffen.

254. Inhaltlich zielt die Ausbildung sämtlicher Gesundheitsberufe nur unzureichend auf eine spätere Kooperation, d. h. die Ausbildungsinhalte in den unterschiedlichen Berufen sind nicht aufeinander abgestimmt.

Aktuelle und zukünftige Anforderungen an die Gesundheitsberufe

255. Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen sich Herausforderungen stellen, die aus mehreren Entwicklun-

[59] Standarderstellung unter Einbeziehung aller relevanter Berufsgruppen, also auch nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Des Weiteren sollten die Standards verstärkt auch die Arbeitsanteile und Möglichkeiten zur Tätigkeitsübernahme nicht-ärztlicher Berufe beschreiben.

gen resultieren und die Neuordnung der beruflichen Arbeitsteilung stark forcieren: Die Komplexität der Organisationen des Gesundheitswesens ist hoch und hat in den letzten Jahren noch zugenommen. Vor diesem Hintergrund gilt es, angesichts der fortschreitenden Spezialisierung (Arbeitsteilung) vor allem die Integration der Tätigkeiten und Leistungen verschiedener Gesundheitsberufe zu verbessern. Weiterhin stellen demographische Entwicklungen und Veränderungen des Morbiditätsspektrums Herausforderungen für das Versorgungssystem und seine Akteure dar. Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem geraten durch die Zunahme älterer, chronisch erkrankter und zunehmend multimorbider Patienten weiter unter Druck. Auch eine Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer des Systems machen eine Neuordnung von Zuständigkeiten für das umfängliche Aufgabenspektrum in der Gesundheitsversorgung notwendig. Das zentrale Problem besteht in einer unzureichend sektorübergreifenden Versorgung und dem Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen. Zunehmende Bedeutung gewinnt die Sicherstellung des wachsenden Bedarfs an personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Neben der Nachwuchsrekrutierung ist die adäquate Qualifizierung und Vorbereitung auf die veränderten Nutzerrealitäten eine der wesentlichen Anforderungen an alle Gesundheitsberufe. Schließlich ergibt sich aus Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts, der in großem Umfang Arbeitsstrukturen, Arbeitsinhalte und -formen in der Gesundheitsversorgung prägt, die Notwendigkeit, die Arbeitsverteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen anzupassen. Der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts resultiert aus medizinischen Interventionen ebenso wie aus Fortschritten in der Biotechnologie oder in der Informations- und Kommunikationstechnologie.

256. Auf Veränderungen im Gesundheitssystem wird bereits durch moderne Formen der Kooperation reagiert, wie nachfolgend dargestellt werden soll. Diese Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe müssen zukünftig sinnvoll weiterentwickelt und ausgeweitet werden:

– das ambulante multiprofessionelle Team, das die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe hat und alle Berufsgruppen umfasst, die für die Versorgung ‚in der Fläche‘ notwendig sind,

– das transsektorale Case Management, das die Fallführung in den drei Sektoren ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat, und das neue Funktionen, vor allem hinsichtlich der an den Patienten orientierten Abstimmung der Behandlung beim Übergang zwischen den Sektoren und das Erreichen eines gemeinsamen Behandlungserfolges in den Mittelpunkt stellt, und

– das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus, das innovationsnahe Verfahren entwickelt und verwendet und dabei auf Spezialisierung sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen zurückgreift, da sonst die Innovation nicht umsetzbar wäre.

257. Die Notwendigkeit einer Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe betonen nicht zuletzt die Berufsgruppen selbst. So bekunden alle angehörten Berufsverbände, auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen – zum Teil mit sehr unterschiedlichen Vorstellungen – mit Konsequenzen für ihre Professionsentwicklung zu reagieren. Übereinstimmend konstatieren die Vertreter der Berufsverbände den hohen Stellenwert von Aus-, Weiter- und Fortbildung für eine bessere Kooperation. Sie erwähnten auch verschiedene Bereiche, in denen sich die Teamarbeit verbessern könnte: Früherkennung und Versorgung verwahrloster Kinder, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit bestimmten psychischen Störungen, neue Versorgungskonzepte (z. B. integrierte Versorgung, DMP), Rehabilitation, Versorgung in ländlichen Regionen (mit Ärztemangel), Versorgung von Suchtkranken, Patientenberatung und -schulung, Onkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, Versorgung von Demenzpatienten, Chronikern, mehrfach erkrankten, älteren und pflegebedürftigen Patienten und Versorgung von Patienten mit komplexen sozialen Problemen. Einige Berufsverbände weisen auf die Bedeutung von rechtlich geregelten Aufgaben- und Kompetenzverteilungen hin und problematisieren die Segmentierung des Versorgungssystems sowie die unterschiedlichen Kostenträgerschaften. Zugleich werden multiprofessionell erarbeitete Leitlinien als wichtige Grundlage für eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen genannt. Die Notwendigkeit zur Reform der (rechtlichen) Rahmenbedingungen einer Zusammenarbeit reicht von der Einschätzung, dass es prinzipiell keiner Veränderungen bedarf, bis hin zu weit reichenden und mehrere rechtliche Regelungssysteme betreffenden Vorschlägen. In diesem Zusammenhang stellen verschiedene nicht-ärztliche Berufsverbände die ihrer Ansicht nach zu dominante Rolle der Ärzte in der Krankenversorgung zur Diskussion und Veränderungsvorschläge auf den Prüfstand, die ihnen eine unabhängigere Rolle bei der Ausübung des (Heil-)Berufes zuweisen. Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen wird neben der gängigen Form der Delegation (unter ärztlicher Anordnung und Aufsicht) auch eine völlig eigenständige Ausführung bestimmter Tätigkeiten diskutiert. Als Voraussetzung für eine Übertragung werden entsprechende Kompetenzen beim Delegationsempfänger angesehen. Die Abkoppelung der Leistungserbringung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe von der ärztlichen Verordnung im SGB V wird teilweise befürwortet, teilweise abgelehnt. Befürworter nennen im Einzelnen folgende Leistungen: Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke, Einweisungsrechte für bestimmte Patientengruppen, Verzicht auf die ärztliche Überweisung zugunsten eines direkten Zugangs von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern. Ablehner verweisen auf den hohen Standard, den die Krankenversorgung in

Deutschland aufweist, weil viele Tätigkeiten durch hoch qualifizierte Ärzte ausgeführt werden, und auf die Gefahr der Leistungsausweitung, wenn weitere Versorgerberufe Leistungen verordnen dürfen.

258. Die vom Rat befragten Landesministerien beschreiben vor allem im Kontext der Auswirkungen des demographischen Wandels ihre Bemühungen zur Zukunftsgestaltung des Professionenmix in der Gesundheitsversorgung. Dabei fokussieren die Initiativen auf die regionalen Spezifika. Einerseits unterstützen vor allem Bundesländer mit geringer Bevölkerungsdichte die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch arztentlastende und gemeindenahe Projekte wie z. B. das Projekt AGnES[60]; andererseits begleiten Bundesländer mit hoher Bevölkerungsdichte Projekte mit neuen Kompetenzprofilen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. So entstanden bereits neue Berufsbilder, z. B. das des operationstechnischen Assistenten. Darüber hinaus werden Modelle zur Akademisierung, z. B. der Pflegeberufe, gefördert.

259. Insgesamt kann der Rat feststellen, dass es zahlreiche Initiativen der einzelnen Gesundheitsberufe und der zuständigen Landesministerien zur Verbesserung der Arbeitsteilung gibt. Die empirische Evidenz dafür, dass geplante und umgesetzte Modelle einer veränderten Arbeitsteilung zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen, fehlt – wegen geringer Modellevaluation – zwangsläufig noch.

Empfehlungen zur Zusammenarbeit

260. Die Diskussion um neue Kooperationsformen und Kompetenzen von Gesundheitsberufen ist nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem – d. h. aus der Patientenperspektive – zu führen. Die wichtigsten künftigen Anforderungen ergeben sich aus der Demografie (Alterung der Gesellschaft), dem Krankheitsspektrum (Multimorbidität), der Innovation (raschere Einführung neuer Methoden) und der Integration der Versorgung (Aufhebung der sektoralen Gliederung). Voraussetzung für jede nachhaltige Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bildet die Bereitschaft der einzelnen Leistungserbringer zum Umdenken, zum Paradigmenwechsel und damit zur Ablösung von traditionellen, inzwischen überholten Verfahren, die die Ressourcen und die Steuerungshoheiten verteilen. Die Anhörung der Berufsverbände hat gezeigt, dass die bestehende Desintegration der Gesundheitsversorgung bereits von vielen Berufsgruppen selbst nicht als adäquate Situation erlebt wird. Es empfiehlt sich, wegen der Brisanz der Veränderung der Aufgabenverteilung mit kleinen Schritten zu beginnen: Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.

261. Veränderungen werden sich nur durch einen Mix verschiedener Formen beruflicher Rollenveränderungen vollziehen: Tätigkeiten können von einer Berufsgruppe auf eine andere übertragen werden (Delegation bzw. Substitution), es kann zu einer Spezialisierung auf bestimmte Aufgaben kommen und neue Aufgabengebiete müssen integriert werden, indem sie an bestehende Berufsgruppen vergeben bzw. durch neue Berufsgruppen abgedeckt werden (Diversifikation bzw. Enhancement). Wenn eine Tätigkeitsübertragung im Delegationsverfahren hinreichend lange stattgefunden und sich als zieladäquat erwiesen hat, sollte eine dauerhafte Übertragung an den bisherigen Delegationsempfänger zur Diskussion stehen. Dazu sind die rechtlichen Voraussetzungen zu klären (z. B. die Verteilung der Haftung zwischen den Berufen) und gegebenenfalls sind rechtliche Veränderungen zu treffen. Die häufige Übertragung bislang ärztlich ausgeführter Tätigkeiten an die Pflege oder andere Gesundheitsberufe setzt entweder eine Personalaufstockung der übernehmenden Berufsgruppe voraus oder eine Tätigkeitsübertragung ihrerseits an andere. So könnten z. B. Aufgaben der Fachpflege an die Pflegehilfe übergehen. Bei Tätigkeiten, die das Versorgungsgeschehen bisher unzureichend abdeckt, z. B. im Bereich der Prävention, oder für neue, z. B. technikgestützte Aufgaben, empfiehlt es sich, von vornherein eine Zuordnung zu den entsprechenden Berufsgruppen vorzunehmen und verstärkt nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einzubeziehen. Alle drei Formen der beruflichen Rollenveränderung werden zu nutzen und aufeinander abzustimmen sein, je nach Versorgungssituation. Dies soll exemplarisch an den drei bereits aufgeführten modernen Kooperationsformen gezeigt werden.

262. Das multiprofessionelle ambulante Team: Alterung und Multimorbidität stellen die Gesundheitsversorgung vor große Probleme. International bereits umgesetzte Konzepte für den Bereich der Primärversorgung zeigen entsprechende Lösungsmöglichkeiten auf und werden derzeit teilweise auch in Deutschland erprobt wie das Chronic Care Modell. Es unterstützt das Selbstmanagement des Patienten, z. B. durch Patientenschulungen, die durchaus nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durchführen können, gestaltet die Versorgungsabläufe durch eine effektivere Aufgabenverteilung im Versorgungsteam, arbeitet auf der Basis von Leitlinien und setzt klinische Informationssysteme ein. Der Rat empfiehlt die Übertragung der Prinzipien des Chronic Care Modells zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland und den verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben.

[60] Im Modellprojekt ‚Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention‘ (kurz: AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden speziell geschulte Krankenpflegekräfte zur Entlastung von Hausärzten (Landärzten) eingesetzt.

Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie *advanced nursing practice* (z. B. *nurse practicioners*) ist zu prüfen. In Modellversuchen sollte verstärkt pflegerische Verantwortung erprobt werden. In Zukunft sollte die Pflege eigenständig erstens den pflegerischen Bedarf einschätzen, zweitens Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen, und drittens die Überprüfung der Resultate der pflegerischen Versorgung übernehmen. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden. Die Pflege besitzt heute nicht die Möglichkeit, für den Nachschub oder die Initiierung einer Ausstattung mit Pflegemitteln selbständig zu sorgen. Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln hängt allein von der ärztlichen Verordnung ab. Dies führt vor allem in ländlichen Gebieten mit geringerer ärztlicher Versorgungsdichte, aber auch in der stationären Langzeitbetreuung, zu Versorgungsbrüchen. Darüber hinaus sind weiterreichende Tätigkeitsübertragungen wie eine zeitlich begrenzte Möglichkeit von Verordnungen bestimmter Medikamentengruppen zu prüfen.

263. Das transsektorale Case Management: Die bessere Fallführung über die Sektorengrenzen hinweg (z. B. ambulant, stationär, Rehabilitation) ist eine der vordringlichsten Forderungen der Zukunft und wird derzeit schon angewendet und weiterentwickelt. Verbunden mit der Verweildauerverkürzung im stationären Bereich ergibt sich eine sehr viel stärkere Prozessorientierung der Versorgung, insbesondere beim Übergang von einem Sektor in einen anderen. Case Management kann als neue Aufgabe verstanden werden, so dass im Sinne von Diversifikation/Enhancement entweder ein neuer Beruf ‚Case Manager' geschaffen werden sollte, oder bestehende Berufsgruppen diese Aufgabe übernehmen müssten. Grundsätzlich bedeutet Case Management eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte. Zielführend kann es nur sein, wenn die ärztliche Berufsgruppe die prozessuale Steuerung durch nicht-ärztliche Case Manager als maßgeblich und verbindlich anerkennt (Termintreue, Visitenzeitpunkt etc.). Der Rat empfiehlt, das transsektorale Case Management weiter zu stärken, entsprechende Qualifikationsstrukturen auszubauen und in diesem Prozess insbesondere die Kompetenzen der Pflegeberufe zu nutzen. Entsprechend dem Gedanken von Poolkompetenz können aber auch andere, entsprechend qualifizierte Berufsgruppen zum Einsatz kommen.

264. Das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus: Bereits in der Vergangenheit war der innovationsnahe Bereich offen für neue Zuschnitte der Aufgabengebiete der Berufsgruppen (z. B. Intensivmedizin, Transplantationsmedizin). Der Grund lag darin, dass Innovationen in Team-Strukturen besser umgesetzt werden können als in starren hierarchischen Strukturen, in denen Zuständigkeiten stets erst neu ausgehandelt werden müssen, bevor innovative Methoden zugelassen werden. Die hier gemachten Erfahrungen sollten als Vorbild dienen, um anderen Bereichen den Zusammenhang zwischen Organisationsstruktur und Innovationsfähigkeit zu verdeutlichen.

In den hochspezialisierten Teams sind sowohl Spezialisierungen, Tätigkeitsübertragungen als auch die Integration neuer Aufgaben zu finden. Beispiele sind der Einsatz von Chirurgie-Assistenten (Übertragung ärztlicher Tätigkeit, gleichzeitig Spezialisierung von z. B. Pflegekräften) und die Übernahme von Dokumentationsaufgaben im DRG-System durch medizinische Dokumentationsassistenten (neue Aufgaben werden integriert). Eine große Bedeutung in hochspezialisierten Teams hat die Akademisierung der Gesundheitsberufe, weil hier durch einen multiprofessionellen Begriff von (Versorgungs-)Forschung die Umsetzung der Innovation genau untersucht und vorangetrieben werden kann.

265. Die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für einzelne nicht-ärztliche Heilberufe bildet kein geeignetes Mittel zur Neuverteilung der Aufgaben, da sie neuerlich unflexible Strukturen schaffen würde. An Stelle dessen erscheinen Poolkompetenzen sinnvoller, die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen. Die zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit notwendigen Qualifikation wird dabei definiert und kann von verschiedenen Gesundheitsberufen erworben werden. Auf diese Weise kann die Gesundheitsversorgung flexibler auf regionale Besonderheiten z. B. in der Personalzusammensetzung eines Betreuerteams oder den Personalkompetenzen reagieren. Gleichzeitig würden damit klare Zuständigkeiten für die Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung geschaffen. Die Berufsaus- bzw. Weiterbildung muss allerdings diesen Poolkompetenzen entsprechen. Vorbehaltsaufgaben eignen sich lediglich dazu, bei besonders gefahrengeneigten Eingriffen die Sicherheit des Patienten zu erhöhen.

266. Zum besseren Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und zum frühzeitigen Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Kooperation und Zusammenarbeit empfiehlt es sich, die Ausbildung aller Gesundheitsberufe auf das Handeln am gemeinsamen Gegenstand auszurichten. Die Heilkunde, die immer vielfältiger und komplexer wird sowie *clinical pathways,* evidenzbasierte Entscheidungsfindung und der Druck zu mehr Effizienz machen dies erforderlich. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten sollten daraus die Konsequenz ziehen, Ausbildungsverantwortung für alle, auch neue berufliche Zweige, die zur Heilkunde gehören, zu übernehmen. Wenn die Gesundheitsprofessionen künftig besser zusammenarbeiten sollen, muss diese Zusammenarbeit schon während der Ausbildung geübt werden. Eine partielle Überlappung von Ausbildungsinhalten und -abschnitten verspricht ein besseres gegenseitiges Verständnis.

267. Die Medizinischen Fakultäten sollten die Aufgabe einer kontinuierlichen Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen übernehmen, die letztendlich auf der geschichtlichen Entwicklung der Krankenversorgung basiert: Zum einen dienten Hospitäler bis in die Neuzeit – neben dem Seelenheil – nahezu exklusiv der Pflege. Erst mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts kam die Medizin zu ihrem fulminanten Einzug in die Hospitäler als

Experimentier- und Lehrstätten. Zum anderen verschmolzen bereits im 18. Jahrhundert die chirurgischen Fächer, dem Berufstand der Bader entstammend, mit der Medizin. Einige Jahrzehnte später galt dies für viele Naturwissenschaften. Erst in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts übernahmen mehr und mehr Naturwissenschaftler selbstständige Professuren innerhalb der Medizinischen Fakultäten. Ab dem Ende des 19. Jahrhunderts erweiterten die psycho-sozialen Fächer den Horizont der Medizin und es etablierten sich eigenständige Lehrstühle.

268. Der Rat empfiehlt den Medizinischen Fakultäten zu prüfen, inwieweit sie das Spektrum ihrer Professuren erweitern können, und zwar durch die Integration von beispielsweise Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und wieteren Gesundheitsberufen. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie die Pflege lassen sich als Teil der Heilkunde mit einem eigenen Forschungsbedarf definieren (vgl. GA 2005, II-6). Wenn bei der Versorgung der meisten Krankheitszustände die Kooperation vieler Professionen erforderlich ist, dann bietet es sich an, das erforderliche Maß an Gemeinsamkeit auch für Aus-, Weiter- und Fortbildung und nicht zuletzt für die Forschung anzustreben. Multiprofessionelle Forschung stellt eine zentrale Aufgabe der Universitäten dar, so dass die medizinischen Fakultäten aufgefordert sind, Verantwortung für die kooperationsfördernde und professionsübergreifende Lehre und Forschung im Bereich aller Gesundheitsberufe zu übernehmen.

269. Grundsätzlich ist der Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe positiv zu bewerten. Dabei sollte jedoch eine Vereinheitlichung der bisher sehr heterogen angelegten Studiengänge erfolgen. Da dies nicht in der Verantwortung des Bundes liegt, sind die Länder bzw. die Universitäten in Zusammenarbeit mit den Fachvertretern in der Verantwortung.

270. Neben der Weiterentwicklung der akademischen Ausbildung für Gesundheitsberufe ist eine Abstimmung der unterschiedlichen Ausbildungsniveaus innerhalb der einzelnen Gruppen nicht-ärztlicher Heilberufe notwendig. Dabei bietet sich eine Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Niveaus, z. B. in der Pflege oder innerhalb der Physiotherapie, an. Nicht jede Tätigkeit erfordert den Einsatz einer akademisch ausgebildeten Fachkraft. Gestufte, aufeinander abgestimmte Berufsausbildungen bieten den Beschäftigten innerhalb einer Berufsgruppe zudem berufliche Zukunftsperspektiven und neue Karrieremöglichkeiten. Innerhalb einer Berufsgruppe, aber auch zwischen Berufsgruppen entstehen so graduierte Verantwortlichkeiten. Diese bedürfen dann auch eindeutiger Haftungsregelungen.

271. Zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung empfiehlt der Rat die Einführung von Berufsausweisen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Auf solch einem Ausweis ließe sich die Berechtigung zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten festhalten und Informationen zur materiellen und formellen Qualifikation speichern. Im Zusammenhang mit der Einführung der Heilberufsausweise in Deutschland bietet sich hier eine Möglichkeit. Zugleich legitimiert der Heilberufsausweis die Gesundheitsberufe, auf die elektronischen Patientendaten zuzugreifen, was für alle an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufe relevant ist. Somit bietet der Heilberufsausweis eine moderne Form der Zulassung, Registrierung und des Informationszugriffs und ist ein Schritt zur Etablierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe als autonome Dienstleistungsberufe mit anerkannten Kompetenzen und geregelter Selbstkontrolle.

272. Leitlinien können dazu beitragen, der Rechtsunsicherheit bezüglich einer Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen entgegenzuwirken, denn der medizinische Standard bestimmt den haftungsrechtlichen Standard. Mit Hilfe von Leitlinien lassen sich Arbeitsanteile nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe darstellen und Möglichkeiten zur Tätigkeitsübernahme abbilden. Die Erstellung der Leitlinien sollte interprofessionell unter Einbeziehung aller betroffenen Gesundheitsberufe geschehen.

273. Da die Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten, also die Ausübung der Heilkunde, nur im Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe effektiv und effizient sein kann, empfiehlt der Rat eine Modernisierung der Definition des Heilkundebegriffs, die aktuell noch auf dem Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 basiert. Zum einen sollte die Neudefinition verdeutlichen, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nur in Kooperation aller Gesundheitsberufe erfolgen kann. Zum anderen sollten auch Aufgaben der Prävention, also der Verhinderung von Krankheiten, in die Definition eingehen. Auch ist zu prüfen, wie weit die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung der Ärzte, die in verschiedenen Rechtsnormen definiert ist, einer Veränderung bedarf.

274. Eine gute Zusammenarbeit der zahlreichen Gesundheitsberufe in interprofessionellen Teams und über die verschiedenen Sektoren der Versorgung erfordert eine zielorientierte Arbeitsteilung auf verschiedene Berufe, die sich gegenseitig Akzeptanz entgegenbringen und die spezifischen Kompetenzen der anderen respektieren. Dies schließt ein, dass in den Berufsbezeichnungen die Arbeitsteilung in Teams Berücksichtigung findet. Im Sinne partnerschaftlicher Zusammenarbeit sollten bei einer neuen Kategorisierung der Gesundheitsberufe die Bezeichnungen keine missverständliche Konnotation beinhalten, wie z. B. Unterteilungen in Heilberufe und Heilhilfsberufe bzw. in Mediziner und medizinische Assistenzberufe.

2.9 Literatur

Antman, E. M., Lau, J., Kupelnick, B., Mosteller, F. und Chalmers, T. C. (1992): A Comparison of Results of Meta-Analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. Treatment for Myocardial Infarction. JAMA, 268: 240–8.

Abenstein, J. P. (1997): „Anesthesia providers, patient outcomes, and costs“: the AANA responds to the Abenstein and Warner article in the June 1996 Anesthesia and Analgesia. AANA journal, 65(2): 104.

Abenstein, J. P., Warner, M. A. (1996): Anesthesia providers, patient outcomes, and costs. Anesthesia and analgesia, 82(6): 1273–1283.

Albrecht, D. M. und Töpfer, A. (2006): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15-Punkte-Sofortprogramm für Kliniken, Heidelberg.

American Nurses Association (1995): Nursing's social policy statement, Washington DC.

Arbous, M. S., Meursing, A. E., van Kleef, J. W., de Lange J. J., Spoormans, H. H., Touw, P., Werner, F. M. und Grobbe, D.E. (2005): Impact of anesthesia management characteristics on severe morbidity and mortality. Anesthesiology, 1022: 257–268; quiz 491-2.

Aubert, R., Herman, W., Waters, J., Moore, W., Sutton, D. und Peterson, B. (1998): Nurse case management to improve glycaemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. Ann Internal Med, 129: 605-12.

Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales (2001): A Spoonful of Sugar – Medicines Management in NHS Hospitals, London.

AWMF (2001): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Das Leitlinien-Manual, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 95, Suppl. 1.

Badura, B., Schellschmidt, H., Hart, D. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden Baden.

Bachstein, E. (2005): Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. Pflege Aktuell, 10: 544–547.

Bähr-Heinzen, K., Freyenhagen, E., Lingad, H., Michalik, S. und Schrappe, M. (2005): Die Überleitungsvisite verknüpft zwei Kliniken zum Wohl des Patienten. f&w, 2: 150–153.

BÄK (Bundesärztekammer) und KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (1988): Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung. http://www.bundesaerztekammer.de/age.asp?his=0.7.47.3225&all=true (Stand 20.06.2007).

Bahrs, O. (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. GGW, 3(1): 17–23.

Bahrs, O. und Matthiessen, P. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsfördernde Praxen, Bern

BDA (Berufsverband Deutscher Anästhesisten) und DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin) (2005): Münsteraner Erklärung. Anästh Intensivmedizin, 46: 32–34.

Becker, W. (2006): Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 1, Bonn.

Becker, W. (2002): Gesundheits- und Sozialberufe – wissen wir genug, um über berufliche Reformen reden zu können?, in: Becker, W. und Meifort, B. (Hrsg.), Gesundheitsberufe: Alles „Pflege" – oder was? Bielefeld.

Behrends, B. und Kuntz, L. (2002): Die Bedeutung von medizinischen Zentren in Universitätskrankenhäusern und deren Einbindung in das Steuerungssystem. BfuP, 2: 130–43.

Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V. et al. (1998): Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ, 316(7141): 1348–1351.

BFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Bonn.

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2000): Biotechnologie – Basis für Innovationen, Bonn.

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2005) (Hrsg.): Studie zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich, Bonn/Berlin.

Brenner, G., Koch, H., Kerek-Bodden, H. und Heuer, J. (2000): Was kostet welche Krankheit? Morbiditäts- und Kostenbelastung durch chronisch kranke Dauerpatienten. Der Allgemeinarzt, 16: 1204–1210.

Commissie Kwalificatiestructuur (1996): Gekwalificeerd voor de toekomst. Eindrapport Commissie Kwalificatiestructuur. Herausgegeben von Ministerie van OCW/ Ministerie van VWS. Zoetermeer.

Coons, S. J. (1996): Disease management: Definitions and exploration of issues. Clin Ther., 18(6):1321–1326.

Coulter, A., Magee, H. (Hrsg.) (2003): The European Patient of the Future: Open University Press, Berkshire.

Cousins, D. H., Sabatier, B., Begue, D., Schmitt, C. und Hoppe-Tichy, T. (2005): Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France. Qual Daf Health Care, 14: 190–95.

Davies, B. und Hughes, A. (1995): Clarification of Advanced Nursing Practice: Characteristics and Competencies. Clinical Nurse Specialist, 9(3): 156–166.

Davies, S. M., Geppert, J., McClellan, M., McDonald, K. M., Romano, P. S. und Shojania, K. G. (2001): Refinement of the HCUP Quality Indicators. Technical Review Number 4 (Prepared by UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 01-0035. Rockville, MD.

Deakin, T., McShane, C. E., Cade, J.E. und Williams, R. D. (2005): Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus, in: Cochrane database of systematic reviews, H. 2, S. CD003417. http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003417/pdf_fs.html (Stand 30.06.2007)

Dean, B., Schachter, M., Vincent, C. und Barber, N. (2002): Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. Lancet, 359: 1373–78.

Deutsches Ärzteblatt (2004): Massenflucht der Ärzte. Ärzte der Berliner Charité protestieren mit einer Stellenanzeige im Deutschen Ärzteblatt gegen neue Tarifverträge. Dtsch. Ärztebl. 101: 2027.

DGMR (2003): Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht. Medizinischer Standard und Leitlinien. Ökonomisierung der Medizin. Medizinrecht, 12: 711–712.

Dierks, M.-L., Seidel, G., Horch, K. und Schwartz, F. W. (2006): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32).

Dierks, M.-L., Bitzer, E. M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S. und Schwartz, F.W. (2001): Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Akademie für Technikfolgenabschätzung, Stuttgart.

Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich, Frankfurt a. M.

Donovan, D. M. und Marlatt, G. A. (1993): Recent developments in alcoholism:behavioral treatment. Recent developments in alcoholism, 11: 397–411.

Dorbritz, J., Lengerer, A. und Ruckdeschel, K. (2005): Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken – Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland, Sonderheft der Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden.

Ebsen, I. (1997): Behandlungsanspruch und Leistungserbringungsrecht, in: Gitter, W., Schulin, B. und Zacher, H. F. (Hrsg.), Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag, München, 81–107.

Ellert, U., Wirz, J. und Ziese, T. (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin.

Europäische Kommission (2002): Biowissenschaften und Biotechnologie: Eine Strategie für Europa, Brüssel.

Ewers, M. und Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis, Bern.

Ewers, M. (2001): Klinische Pflegeexperten: das Beispiel der Infusionstherapie – Einführung und Bibliographie, Bielefeld.

Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, Discussion Paper P96-208, Berlin

Field, M. J. und Lohr, K. N. (1990): Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, Institute of Medicine, Washington DC.

Fleßa, S. (2005): Die Zukunft der Kleinst- und Kleinkrankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomisches Qualitätsmamagement, 10: 295–302.

Gaba, D. M. (2000): Anaesthesiology As a Model for Patient Safety in Health Care. BMJ, 320: 785–788.

Garms-Homolová, V. und Schaeffer, D. (1998): Einzelne Bevölkerungsgruppen: Alte und Ältere, in: Schwartz, F. W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München: 675–686.

Gensichen, J., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F. M., von Korff, M. und Ormel, J. (2006b): Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. Psychological medicine, 36(1): 7–14.

Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., de Müller Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M. und Wagner, E. (2006a): Die Zukunft ist chronisch: Das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100: 365–374.

Gerlach, F. M., Beyer, M., Muth, C., Saal, K. und Gensichen, J. (2006a): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100: 335–343.

Gerlach, F. M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M. und Gensichen, J. (2006b): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100: 345–352.

Göpel, E. (2005): Aktualisierung eines Memorandums zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen für die HRK-Konferenz am 14./15. Oktober 2005 in Bonn: Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. http://www.hrk.de/bologna/de/download/dateien/Goepel_text.pdf (Stand 30.06.2007)

Grossmann, R., Pellert, A. und Gotwald, V. (1999): Krankenhaus, Schule, Universität: Charakteristika und Optimierungspotentiale, in: Grossmann, R. (Hrsg.), Besser, billiger, mehr. Zur Reform der Expertenorganisation Krankenhaus, Schule, Universität, Wien: 24–42.

Gunnarsdottir, S. und Rafferty, A. M. (2006): Enhancing Working Conditions, in: Dubois, C.-A., McKee, M. und Nolte, E. (Hrsg.), Human Ressources for Health in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Maidenhead: 155–173.

Gwinn, M. und Khoury, M.J. (2002): Research Priorities for Public Health Sciences in the Post Genomic Era. Genetics in Medicine, 4: 410–11.

Hahn, B. (1981): Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben. NJW, 37: 1977–2024.

Hamric, A. B. (2005): Advanced nursing practice. An integrative approach, Philadelphia.

Handford, C. D., Tynan, A. M., Rackal, J. M. und Glazier, R. H. (2006): Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. Cochrane database of systematic reviews.

Hart, D. (2006a): Vertrauen, Kooperation und Organisation, in: Kern, B.-R., Wadle, E., Schroeder, K.-P. und Katzenmeier, C. (Hrsg.), Humaniora. Medizin – Recht – Geschichte. Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag, Berlin/Heidelberg, 843–879.

Hart, D. (2006b): Organisationsfehler, in: Rieger (Hrsg.), Lexikon des Arztrechts – Loseblatt, Heidelberg.

Hart, D. (2005): Leitlinien und Haftungsrecht, in: Hart, D. (Hrsg.), Klinische Leitlinien und Recht, Baden-Baden, 81–103.

Hart, D. und Francke, R. (2006): Anmerkungen zu dem Text des Sachverständigenrates, Bremen.

Heinen-Kammerer, T., Motzkat, K. und Rychlik, R. (2005): Telemedizin in der Sekundärprävention des Myokardinfarkts – eine Kosten-Effektivitäts-Analyse. Gesundh ökon Qual manag, 10: 289–94.

Hibbeler, B. (2006): Kurzzeitverträge: Signal an den Nachwuchs. Deutsches Ärzteblatt, 103 (28–29): A-1925.

Höfler, K. (2007): § 15 SGB V Rn. 4-5a, in: Niesel, K. (Hrsg.), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht. 53. Auflage, Ergänzungslieferung 2006.

Hughes, E. (1958): Men and their work, Glencoe, IL.

Hutchinson, L., Marks, T. und Pittilo, M. (2001): The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? BMJ, 323(7323): 1244–1247.

Igl, G. und Welti, F. (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Blick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche, Göttingen.

Igl, G. und Welti, F. (1999): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für die Entwicklung vorbehaltener Aufgabenbereiche im Berufsfeld Pflege. VSSR (Vierteljahresschrift für Sozialrecht) 1999, 1: 21–55.

International Council of Nursing (ICN): Nurse Practitioner/Advanced Practice Network: Definition and Characteristics of the Role. http://icn-apnetwork.org/(Stand 27.03.2007).

Jansen, C. (2005): Behandlungsfehler, in: Rieger (Hrsg.), Lexikon des Arztrechts – Loseblatt, Heidelberg.

Kälble, K. (2004): Genetik und molekulare Medizin – (K)ein Thema für Public Health? ZIF (Zentrum für interdisziplinäre Forschung, Universität Bielefeld): Mitteilungen, Heft 2, .

Kamps, A. W., Brand, P. L., Kimpen, J. L., Maille, A. R., Overgoor-van de Groes, A. W., van Helsdingen-Peek, L. C. und Roorda, R. J. (2003): Outpatient management of childhood asthma by paediatrician or asthma nurse: randomised controlled study with one year follow up. Thorax, 58(11): 968–973.

Kamps, A. W., Roorda, R. J., Kimpen, J. L., Overgoor-van de Groes, A. W., van Helsdingen-Peek, L. C. und Brand, P. L. (2004): Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. The European respiratory journal, 23(2): 304–309.

Kane, M. und Smith, A. F. (2004): An American tale – professional conflicts in anaesthesia in the United States: implications for the United Kingdom. Anaesthesia, 59(8): 793–802.

Katelhön, S. (2006): Die Bologna-Deklaration – Bedeutung für die Medizinerausbildung. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49: 370–374.

Katon, W., von Korff, M., Lin, E. und Simon, G. (2001): Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. General hospital psychiatry, 23(3): 138–144.

Kaushal, R. und Bates, D. W. (2001): The Clinical Pharmacist's Role in Preventing Adverse Drug Events, in: Agency for Healthcare Research and Quality (Hrsg.), Making Health Care Safer – A Critical Analysis of Patient Safety Practices, Rockville: 71–77.

Klie, T (2004): Rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz und das Profil von Fachkräften in Einrichtungen und Diensten der Pflege. Pflegerecht, 3: 99–108.

Kuhlmey, A., Winter, M. H.-J., Maaz, A. et al. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – Ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36: 233–240.

Landenberger, M. und Görres, S. (2004): Sachverständigengutachten und Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz, Köln.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. und Sibbald, B. (2005): Substitution of doctors by nurses in primary care, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.

Lesar, T. S., Briceland, L. und Stein, D. S. (1997): Factors Related to Errors in Medication Prescribing. JAMA, 277: 312–7.

Maaloe, R. (2004): Incidents in relation to anaesthesia – a Ph. D. thesis. University of Copenhagen, Medical faculty (Hrsg.).

Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie, Berlin.

Meyer, R. (2005): Morbus Alzheimer – Erste klinische Ergebnisse der Gentherapie. Deutsches Ärzteblatt, 18: B1057.

McCulloch, P. (2006): Surgical Professionalism in the 21st Century. Lancet, 367: 177–81.

Meifort, B. (2004): Die pragmatische Utopie – Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen, Bielefeld.

Meyer-Lutterloh, K. und Amelung, V. (2005): Leistungssteuerung durch Vergütung in vernetzten medizinischen Versorgungsstrukturen. Vortrag vom 15. Juni 2005 auf dem Deutschen Ärzteforum, Berlin.

Mühlberg, W., Platt, D. und Mutschler, E. (1999): Neben- und Wechselwirkungen von Pharmaka im Alter, in: Platt, D. und Mutschler, E. (Hrsg.), Pharmakotherapie im Alter, Stuttgart: 21–31.

Nancarrow, S. und Borthwick, A. M. (2005): Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. Sociology of Health & Illness, 27(7): 897–919.

Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., und Schwartz, J. S. (1999): Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders – A Randomized Clinical Trial. JAMA 281: 613–20.

Neubauer, G. (1987): Gesundheitsberufe vor den Toren der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Männer, L. und Sieben, G. (Hrsg.), Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, Gerlingen: 179–240.

Niesel, K. (2006): Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht. Loseblattsammlung, München.

Nink, K., Schröder, H. und Selke, G. W. (2001): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2001, Berlin, 823–836.

OECD (2002): Healthy Ageing and Biotechnology – Policy Implications of New Research, Paris.

Olzen, D. und Frister, H. (2006): Gutachten zur rechtlichen Zulässigkeit des HELIOS-Anästhesie-Modells, Düsseldorf.

Parsons, T. (1959): The social system, New York.

Pine, M., Holt, K. D. und Lou, Y.B. (2003): Surgical mortality and type of anesthesia provider. AANA journal, 71(2): 109–116.

Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Grenn, C., Scott, A. K., Walley, T. J., Farrar, K., Park, B. K., Breckenridge, A. M. (2004): Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ, 329: 15–19.

Plsek, P. E. und Greenhalgh, T. (2001): The Challenge of Complexity in Health Care. BMJ, 323: 625-8.

Porz, F., Podeswik, A. und Erhardt, H. (2005): Case-Management in der Sozialpädiatrie, in: Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Fassbender, R., Wendt, W.R. (Hrsg.), Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 88–108.

Pouyanne, P., Haramburu, F., Imbs, J. L. und Bégaud, B. (2000): Admissions to Hospital Caused by Adverse Drug Reactions. Cross Sectional Incidence Study. BMJ, 320: 1036.

Prütting, D. (1995): Rechtskunde für Assistenzberufe des Gesundheitswesens, Stuttgart.

Rafferty, S. und Elborn, J.S. (2002): Do nurses do it better? Thorax, 57(8): 659–660.

RKI (Robert Koch Institut) (2006): Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. und Kindig, D. (1998): Skill-mix changes: substitution or service development. Health Policy, 45(2): 119–132.

Rieser, S. (2005): Ärztemangel. Arbeitsbedingungen schrecken viele ab. Dtsch. Ärztebl., 102: 629.

Roßbruch, R. (2003a): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 1. Teil. PflR, 3: 95–102.

Roßbruch, R. (2003b): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 2. Teil. PflR, 4: 139–149.

Rothman, A. A. und Wagner, E. H. (2003): Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? Ann Intern Med., 138: 256–261.

Rotter, T., Kugler, J., Koch, R. und Gothe, H. (2006): Behandlungspfade senken Verweildauer und Kosten. f & w, 6: 656–659.

Runder Tisch Pflege (2005): Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Ergebnisse der Arbeitsgruppen I bis IV – vorgestellt anlässlich der Fachtagung am 12. September 2005 in Berlin. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg), Berlin.

Sachs, M. (2006): Internationale Entwicklungstrends einer Advanced Nursing Practice: Perspektiven für die deutsche Pflegelandschaft, Jena.

Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern.

Schaeffer, D. (2002): Kontinuität der Versorgung, in: Meggeneder, O., Noack, H. (Hrsg.), Integration in der Versorgung und Pflege. Tagungsband der sechsten wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften & Public Health, Linz: 69–81.

Schaeffer, D. (2000): Versorgungsintegration und -kontinuität. Pflege & Gesellschaft, 2: 33–36

Schaeffer, D. und Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheit – Herausforderung für die Pflege, in: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim: 447–469.

Schaffé, M. und Sträßer, H. (1997): Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal aus haftungsrechtlicher Sicht. PflegeRecht, 4: 98–103.

Schauder, P. (2006): Medizinischer Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen und gesellschaftliches Umfeld, in: Schauder, P., Berthold, H., Eckel, H.und Ollenschläger, G. (Hrsg), Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie, Köln: 3–17.

Schnitzler, J. (2004): Das Recht der Heilberufe, Baden-Baden.

Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. und Davis, K. (2005): Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. Health Affairs Web Exclusive, W5 – 509.

Schrappe, M., Lessing, C., Jonitz, G., Grandt, D., Conen, D., Gerlach, F., Hart, D., Lauterberg, J., Loskill, H. und Rothmund, M. (2006): Agenda Patientensicherheit 2006, Witten.

Schrappe, M. (2005): Clinical Pathways, in: Hart, D. (Hrsg.), Klinische Leitlinien und Recht, Baden-Baden, 163–171.

Schreiber, H.-L. (2006): Anmerkungen zu dem Text des Sachverständigenrates, Hannover.

Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch, München.

Schwartz, F. W., Schlaud, M. und Walter, U. (1999): Altersabhängigkeit ambulanter Leistungen und Behandlungsstrategien. Forum Public Health, 7(25): 6.

Seeger, W. (2006): zitiert nach: Regenerative Medizin im Aufwind, erste klinische Studie zur Reparatur von Organschäden. Interview 112. Kongr. Der dt. Ges. Inn. Med. Forschung und Praxis, 25(433): 3–5.

Seyfarth-Metzger, I. (2002): Interdisziplinäre Rahmenbedingungen für die Einführung von Patientenpfaden, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Klinische Pfade. Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, Landsberg a. Lech, 19–37.

Sharples, L. D., Edmunds, J., Bilton, D., Hollingworth, W., Caine, N., Keogan, M. und Exley, A. (2002): A randomised controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor led outpatient care in a bronchiectasis clinic. Thorax, 57(8): 661–666.

Shojania, K. G., Ranji, S. R., McDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J. und Owens, D. K. (2006): Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA, 296(4): 427–440.

Silber, J. H., Kennedy, S. K., Even-Shoshan, O., Chen, W., Koziol, L. F., Showan, A. M. und Longnecker, D. E. (2000): Anesthesiologist direction and patient outcomes. Anesthesiology, 93(1): 152–163.

Spirig, R. und de Geest, S. (2004): Advanced Nursing Practice lohnt sich! Pflege, 17: 233–236.

Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheit – Personal 1997–2005, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2004): Die neuen gesundheitsbezogenen Rechensysteme des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden.

Stewart, A. und Catanzaro, R. (2005): Can physician assistants be effective in the UK? Clinical medicine, 5(4): 344–348.

Süddeutsche Zeitung (2005): Klinikärzte halten an Streikplänen fest, 14. Dezember 2005.

Taxis, K. und Wild, R. (2004): Medikationsfehler in deutschen Krankenhäusern. Eine Übersicht deutscher Medikationsfehlerstudien und Untersuchungsmethoden. Krankenhauspharmazie, 25: 465–70.

Taxis, K. und Barber, N. (2003): Causes of intravenous medication errors – observations of nurses in a German hospital. J Public Health, 12: 132–38.

Tebbe, U. und Korb, H. (2003): Persönliche Telemedizin mit transtelefonischer 12-Kanal-EKG-Übertragung. Notfall & Rettungsmedizin 6: 198–200.

Tesch-Römer, C. (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Wiesbaden.

Thal, L. J. (2002): Early diagnosis, immunisation, gene and cell therapies for Alzheimer's Disease, in: OECD (Hrsg), Healthy Ageing and Biotechnology – Policy Implications of New Research, Paris, 77–80.

Theobald, A. und Erdle, H. (2000): Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker (früher: Das Recht der Heilhilfsberufe, Hebammen und Heilpraktiker), München.

Uhlenbruck, W. und Laufs, A. (2002): Die Pflichten des Arztes aus Behandlungsübernahme und Behandlungsvertrag, in: Laufs, A. (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, München: 435–480.

Uhlenbruck, W. und Schlund, G. (2002): Die ärztliche Dokumentationspflicht, in: Laufs, A. (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, München, 480–494.

van den Berg, N., Terschüren, C. und Hoffmann, W. (2006): Demographische Entwicklung und Ärztemangel – Hilfe durch AgnES – Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention. Die Ersatzkasse, 3: 104–106.

Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. und Leese, B. (2000): Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ, 320: 1048–53.

Vogel, S., Wilke, M. (2003): Patientenpfade (Clinical Pathways) im DRG-Zeitalter, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart: 266–89.

von Knesebeck, O., Döhner, H., Kaduszkiewicz, H. und van den Bussche, H. (2006): Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter. Prävention, Case Management und Versorgung von Demenz. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49: 167–174.

Vrijhoef, H. J. M., Diederiks, J. P. M., Spreeuwenberg, C. und Wolffenbuttel, B. H. R. (2001): Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. Journal of Advanced Nursing, 36(4): 546–555.

Wagner, E. H. (2000): The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ, 320: 569–72.

Wagner, E. H. (1998): More Than a Case Manager. Ann. Intern. Med., 129: 654–661.

Wagner, E. H., Austin, B. und von Korff, M. (1996): Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quarterly, 74: 511–544.

Wanless, D. (2002): Securing our future health: Taking a long-term view, http://www.hm-treasury.gov.uk./Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm (Stand 20.06.2007).

Watts, T., Jones, M. und Williams, A. (2001): Methodologies analysing individual practice in health care: a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 35(2): 238–56.

Wendt, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Lambertus.

Wielandt, W. (2006): Medizin als praktische Wissenschaft – die Frage nach ihrem Menschenbild, in: Girke, M., Hoppe, J., Matthiessen, P.F. und Willich, S.N. (Hrsg.), Medizin und Menschenbild, Köln.

Winkelhake, O., Miegel, U. und Thormeier, K. (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Sozialer Fortschritt, 51: 58–61.

Winkler, P., Rottenhofer, I., Pochobradsky, E. und Riess, G. (2006): Österreichischer Pflegebericht, Wien.

Winter, M. H.-J., Kuhlmey, A. und Dräger, D. (2005): Pflegewissenschaft II – Profession Pflege: Professionalisierung in der Pflege. Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.

Winter, M. H.-J. (2005): Pflege in prekärer Sonderstellung: berufssoziologische Aspekte, in: Schroeter, K. R. und Rosenthal, T. (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Weinheim: 279–297.

Winter, M. H.-J. und Kuhlmey, A. (2006): Altern und gesundheitliche Versorgung, (im Druck bei lögd).

Wirtz, V., Taxis, K., Barber, N. D. (2003): An Observational Study of Intravenous Medication Errors in the United Kingdom and in Germany. Pharm World Scr, 25: 104–111.

Wissenschaftsrat (2005): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, Drs. 6436–05.

World Federation for Medical Education (2005): Statement on the Bologna Process and Medical Education. http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/03-Pos_pap-05/050221-WFME-AMEE.pdf. (Stand 20.06.2007)

World Health Organization Europe (WHO) (2004): Noncommunicable diseases in the WHO European region: the challenge, Fact sheet EURO/06/04.

World Health Organization (WHO) (2006): Facts related to chronic diseases, http//who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/print/html (Stand 20.06.06.)

World Health Organization (WHO) (2006a): World health statistics 2006.

World Health Organization (WHO) (2006b): Highlights on health in Germany 2004, http://www.euro.who.int/highlights (Stand 20.06.06).

Zerhouni, E. A. (2005): US Biomedical Research. Basic, Translational and Clinical Science. JAMA 294: 1352-8.

Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I. und Atkins, J. (2005): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes.The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4.

3 Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven

3.1 Ausgangslage nach mehreren Reformschritten

275. Der Rat hat sich in seinem JG 2003 (Ziffer 674ff.) bereits recht ausführlich mit der integrierten Versorgung beschäftigt und in diesem Zusammenhang mehrere Vorschläge für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unterbreitet. Diese Verbesserungsvorschläge betrafen bei den integrierten Versorgungsformen nach dem damaligen § 140a-h SGB V sowohl die gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch Planung, Durchführung und Evaluation der integrierten Projekte und Vorhaben. Inzwischen schuf das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 einen deutlich modifizierten und im Prinzip auch spürbar verbesserten Rechtsrahmen für die integrierte Versorgung. So beseitigte das GMG durch eine Vereinfachung des § 140aff. die meisten Hindernisse, die damals nach Ansicht des Rates einer Inangriffnahme und erfolgreichen Umsetzung der integrierten Versorgungsformen im Wege standen. Der Gesetzgeber setzte diesen Trend zu einer Stärkung der Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22. Dezember 2006 und auch mit Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007 fort (s. Abschnitte 3.4.1 und 3.5.1). Die gesetzliche Rahmenordnung ermöglicht derzeit, vor allem im Unterschied zur Situation vor etwa 10 Jahren, die Erprobung einer Vielzahl von Varianten neuer und innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen (Weatherly et al. 2007).

276. Unabhängig von einer detaillierten Nutzen-Kosten-Analyse der integrierten Versorgung oder einzelner ihrer Projekte gelang es ihr in relativ kurzer Zeit, eine erhebliche Bewegung in die ‚verkrusteten‘ Strukturen des deutschen Gesundheitswesens zu bringen (Amelung et al. 2006). Die bisher vorliegende Informationsbasis erlaubt jedoch, obwohl die Krankenkassen derzeit eine Fülle von Projekten zur integrierten Versorgung in unterschiedlichen Organisationsformen durchführen und planen, keine fundierte bzw. hinreichend evaluierte Zwischenbilanz – weder der integrierten Versorgung insgesamt, noch ihrer einzelnen Varianten. Eine der Ursachen für dieses Informationsdefizit besteht darin, dass das Gesetz bei den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V, da diese zur Regelversorgung gehören, keine obligatorische Evaluation der Projekte durch unabhängige Sachverständige vorsieht. Die bisher freiwillig durchgeführten Evaluationen und vor allem die Publikationen ihrer Ergebnisse stellen somit eine selektive Auswahl dar. Obgleich es bereits einige ‚Leuchtturmprojekte‘ gibt (siehe hierzu die Beiträge von Weatherly et al. 2007), die bereits respektable Ergebnisse oder aussichtsreiche Konzeptionen erkennen lassen, bleibt derzeit noch völlig offen, ob und inwieweit die einzelnen Varianten der integrierten Versorgung tatsächlich zu Strukturverbesserungen im Sinne einer positiven Nutzen-Kosten-Relation führen (Riedel 2006; Wilhelmi/Bentz 2007). Diese Feststellung möchte, vor allem vor dem Hintergrund der bisherigen sektorbegrenzten Versorgung, die Bedeutung und das Entwicklungspotential der integrierten Versorgung keinesfalls herabstufen, sondern lediglich die Notwendigkeit einer kritischen Begleitung betonen.

277. Eine Beurteilung der Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch die integrierte Versorgung fällt nicht nur wegen der fehlenden repräsentativen Evaluationsbasis, sondern auch aufgrund des zuletzt stark veränderten Rechtsrahmens schwer. Die Effekte durch das GMG, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, schlagen sich noch nicht in einem größeren Umfang bzw. mit signifikanter qualitativer Wirkung in den Projekten nieder und das VÄndG sowie das GKV-WSG entziehen sich derzeit ohnehin einer empirisch fundierten Bewertung. Zudem kann die Einordnung und Beurteilung der inzwischen ca. 3 500 Vorhaben im Bereich der integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V (siehe unten unter 5.2) unter sehr unterschiedlichen Blickwinkeln erfolgen und damit zu deutlich abweichenden Schlussfolgerungen gelangen (Weatherly et al. 2007). So beurteilten nach einer Befragung in Niedersachsen die Vertreter von Krankenkassen ihre bisherigen Erfahrungen mit den integrierten Versorgungsformen erheblich positiver als die involvierten Haus- und Fachärzte (Mittendorf/von der Schulenburg 2006). Die folgenden Ausführungen können sich daher nur in sehr begrenztem Umfang auf empirische Evaluationen stützen und müssen sich insofern weitgehend mit aprioristischen Überlegungen zu den Anreizsystemen und ihren wahrscheinlichen Auswirkungen begnügen.

278. Trotz eines seit 2004 erheblich verbesserten Rechtsrahmens und auch Lerneffekten seitens der Beteiligten (siehe vor allem Amelung et al. 2006; Weatherly et al. 2007) sieht sich die integrierte Versorgung noch immer u. a. mit folgenden Problemen konfrontiert:

– Die Versicherten und Patienten besitzen eine zu geringe Transparenz über allfällige Versorgungsoptionen und Leistungsqualitäten. Dieses Defizit gewinnt mit einer Zunahme unterschiedlicher Versorgungsangebote und der Option von diversen Wahltarifen noch an Bedeutung.

– Die Krankenkassen verfügen im Sinne eines effizienten und effektiven Vertragswettbewerbs noch immer über zu wenige Wettbewerbsparameter (Cassel et al. 2006).

– Die Vergütungssysteme fördern von ihren Anreizen her teilweise Unter-, Über- und Fehlversorgung (Wille 2002).

– Infolge der dualen Finanzierung orientieren sich die Investitionen der Krankenhäuser zu sehr an landespolitischen und zu wenig an betriebswirtschaftlichen Aspekten. Zudem verzerrt die duale Finanzierung den Wettbewerb sowohl zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten als auch zwischen Krankenhäusern in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft.

– Die Arzneimitteldistribution erfolgt mit dem Fremd- und dem weitgehenden Mehrbesitzverbot in Vertriebsstrukturen, die einer wettbewerblichen Ausschöpfung von Effizienzreserven entgegenstehen (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH et al. 2006).

– Obgleich die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g SGB V unter medizinischen wie ökonomischen Aspekten zur integrierten Versorgung gehören, laufen diese Disease Management-Programme (DMP) mit spezieller gesetzlicher Grundlage und abweichender Anreizstruktur neben den integrierten Versorgungsformen her oder überschneiden sich mit diesen.

– Das Zusammentreffen eines akutmedizinisch geprägten Versorgungsstils in der Klinik und in der spezialärztlichen Praxis mit der hausärztlichen Versorgung führt zu Friktionen bei der Umsetzung entsprechender Empfehlungen in den Patientenalltag. Es weichen nämlich die Rahmenbedingungen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, z. B. hinsichtlich Multimorbidität, Patientencompliance, Arzneimittelkosten und Patientenpräferenzen, spürbar voneinander ab.

– Die unterschiedlichen Akteure verfolgen bisher im Rahmen der integrierten Versorgung nur in einem geringen Umfang gemeinsame Ziele (Amelung et al. 2006). Dabei spielt das zentrale Ziel der integrierten Versorgung, eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zum Wohle der Patienten zu verwirklichen (siehe Unterkapitel 3.2), nur eine untergeordnete Rolle. Viele Vertragspartner sehen in den Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung „lediglich eine Notwendigkeit zur Zukunftssicherung“ (Mittendorf/von der Schulenburg 2006).

279. Unbeschadet dieser Verbesserungsmöglichkeiten in den Rahmenbedingungen und der bestehenden Mängellagen, die sich kaum ad hoc völlig beseitigen lassen, besteht zur integrierten Versorgung im Prinzip keine Alternative. Es kann insofern nicht um das ‚Ob‘, sondern nur um das ‚Wie‘ integrierter Versorgung gehen. Dabei steht im Vordergrund, die existierenden allokativen Verwerfungen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege zu beseitigen, zumindest aber abzumildern. So zielte in diesem Kontext auch das GMG darauf ab, „die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden (und) Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen“ (Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 130). Die integrierte Versorgung und mit ihr die Spielräume zu selektivem Kontrahieren dienen letztlich dem Ziel einer effizienten und effektiven Leistungserstellung.

3.2 Ziele, instrumentale Ebenen und Leitbilder integrierter Versorgung

280. Der Begriff ‚integrierte Versorgung‘ beinhaltet zunächst bzw. für sich betrachtet noch keine Aussagen über bestimmte Verfahrensinhalte (Riedel 2006) und auch keine Hinweise über die mit diesem Instrument anzustrebenden Ziele oder gar deren Realisierung. Die integrierte Versorgung stellt – ebenso wie der Wettbewerb und die vielfältigen Formen selektiven Kontrahierens – mit all ihren Organisationsformen keinen Selbstzweck, sondern nur ein Mittel zur Verwirklichung von höherrangigen Zielen dar. Alle Organisationsformen der integrierten Versorgung, z. B. integrierte Versorgungsformen, DMP oder hausarztzentrierte Versorgung, dienen instrumental der Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Um das grundsätzliche Verhältnis zwischen gesundheitlichen Zielen und Instrumenten zu verdeutlichen, bietet sich mit Hilfe von Indikatoren eine Unterscheidung der folgenden drei Ebenen an:

– Outcome- bzw. Qualitätsindikatoren, die gesundheitliche Ziele als Erhöhung von Lebenserwartung oder -qualität abbilden,

– Managementindikatoren, die über die eingesetzten Programme und die jeweils benutzten Instrumente informieren, sowie

– Ressourcen- und Ausgabenindikatoren, die den Input in die Gesundheitsversorgung und damit ihre Opportunitätskosten[61] anzeigen.

281. Die Outcomeindikatoren zielen darauf ab, den Nutzen bzw. die Wohlfahrt, die den Patienten und Versicherten aus einer bestimmten Gesundheitsversorgung erwächst, zu erfassen und nach Möglichkeit zu quantifizieren. Die Outcomeindikatoren stellen Nährungswerte für das letztlich nicht exakt messbare Indikandum ‚gesundheitlicher Nutzen‘ dar. Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung liegt immer dann vor, wenn es gelingt, mit einem gegebenen Ressourcenaufwand ein höheres Outcomeniveau zu erreichen oder ein gegebenes Outcomeniveau mit einem geringeren Mitteleinsatz zu verwirklichen. Geht die Erhöhung des Outcomeniveaus mit einem vermehrten Ressourcenaufwand einher, gilt es, die Outcomeverbesserung mit dem Mehraufwand in Beziehung zu setzen und im Sinne einer Nutzen-Kosten-Analyse zu vergleichen und zu bewerten. Die Outcomeindikatoren genügen dem Kriterium der Validität, wenn sie das Indikandum ‚gesundheitlicher Nutzen‘ qualitativ und – zumindest in etwa – quantitativ zutreffend widerspiegeln.

[61] Die Opportunitätskosten entstehen dadurch, dass die durch eine Gesundheitsleistung gebundenen Ressourcen nun nicht mehr in eine andere Verwendung fließen und dort Nutzen stiften können. Aus theoretischer Sicht handelt es sich bei den Opportunitätskosten um den Nutzen der besten unterbliebenen alternativen Verwendung.

Die Outcomeindikatoren lassen sich teilweise objektiv, d. h. in interpersonell vergleichbaren Einheiten und Skalen, messen, teilweise entziehen sie sich aber auch einer solchen Erfassung und Bewertung. Zu den objektiven Outcomeindikatoren gehören die Lebenserwartung und die gewonnenen (je nach Konzept: verlorenen) Lebensjahre, während die Lebensqualität objektive und subjektive Elemente des gesundheitlichen Nutzens umfasst (GVG 2006). Zu den objektiven Indikatoren der Lebensqualität zählen z. B. Auftreten und Dauer von (Ko-)Morbiditäten, physische und soziale Mobilität, körperliche Belastbarkeit sowie Integration der Behandlung in den Lebensalltag. Subjektive Indikatoren der Lebensqualität berücksichtigen darüber hinaus die Patientenbelastung, die Krankheitsbewältigung, die Schmerzminderung, ästhetische Ergebnisse sowie die psychische Belastung von Familienangehörigen. In diesem Kontext spielt unter Nutzen- bzw. Wohlfahrtsaspekten das Vertrauen, die ‚gefühlte Sicherheit' und die Zufriedenheit von Patienten und Versicherten auch dann eine Rolle, wenn diese Phänomene ohne Einfluss auf das Morbiditätsgeschehen bleiben. Die Outcomeindikatoren stellen im Prinzip nur auf den Nutzen von Patienten und Versicherten ab, im weiteren Sinne bzw. als untergeordnete Zielsetzung ließe sich aber noch die Berufszufriedenheit der Leistungserbringer hinzurechnen. Diese Einbeziehung erscheint zumindest mittelbar insofern vertretbar, als auch die Patienten im Rahmen ihrer Behandlung hiervon profitieren können.

282. Im Unterschied zu den objektiven und subjektiven Outcomeindikatoren kommt den Managementindikatoren, ähnlich wie den schon erwähnten Allokationsmechanismen und speziellen Versorgungsformen, nur instrumentale Bedeutung zu. Indikatoren über

– das Verhältnis von haus-, ambulant fachärztlicher und stationärer Behandlung,
– die Häufigkeit von Doppeluntersuchungen und des Einholens einer Zweitmeinung,
– die Entwicklung von Krankenhaus- und Selbsteinweisungen,
– den Umfang und die Einhaltung von diagnostischen und therapeutischen Leitlinien sowie
– die Anzahl der Versicherten, die an integrierten Versorgungsformen oder DMP teilnehmen,

mögen zu Hoffnungen über eine Erhöhung der Outcomes und eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung berechtigen, können diese aber per se noch nicht belegen. Sie vermögen insofern bei aller Plausibilität ihrer vermuteten Effekte eine fundierte Evaluation auf empirischer Basis nicht zu ersetzen.

283. Zwischen den Outcomes[62] auf der einen und den instrumentalen Versorgungsformen und einzelnen gesundheitlichen Behandlungen bzw. Leistungen auf der anderen Seite befinden sich unter Zielaspekten noch die ‚Leitbilder'. Diese stellen zwar noch keine quantifizierbaren (Ziel-)Kriterien im Sinne von Messgrößen dar, können aber als Orientierungshilfe für eine umfassende und ausgewogene Beurteilung der Gesundheitsversorgung oder spezieller Gesundheitsprogramme und -projekte dienen. Um solche Leitbilder handelt es sich z. B. bei folgenden Postulaten (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH et al. 2006; Igel/Wille 2007):

– Souveränität und Eigenverantwortung des Patienten und Versicherten,
– Erreichbarkeit und Zugänglichkeit gesundheitlicher Leistungen,
– hohe Versorgungsqualität,
– effiziente und effektive Leistungserstellung bzw. Kostenbewusstsein und Outcomeorientierung,
– Transparenz, Schlüssigkeit und Planbarkeit,
– Autonomie der Patienten und ihre Einbindung in den Entscheidungsprozess,
– Wahlmöglichkeiten der Versicherten und Patienten,
– Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit sowie
– Finanzierbarkeit und Nachhaltigkeit.

284. Die Ressourcen- und Ausgabenindikatoren umfassen zunächst alle finanziellen Aufwendungen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung in präventive Maßnahmen und die medizinische und pflegerische Behandlung fließen. Zudem beinhalten sie zusätzliche Verwaltungsausgaben, die bei den Krankenkassen und Leistungserbringern, z. B. bei Projekten zur integrierten Versorgung für den Aufbau der Infra- bzw. Netzstruktur, anfallen. Ferner schließen die Ressourcenindikatoren aus volkswirtschaftlicher Sicht auch jene Kosten ein, die sich nicht in Mehr- oder Minderausgaben, sondern in einem gestiegenen oder verminderten zeitlichen Aufwand niederschlagen. Hierzu gehören bei Projekten zur integrierten Versorgung z. B. die Teilnahme der Ärzte an Qualitätszirkeln, der vermehrte Dokumentationsaufwand und – nicht oder kaum vergütete – zusätzliche Öffnungszeiten der Praxis am späten Abend oder an Samstagen sowie an Sonn- und Feiertagen.

3.3 Elemente von Managed Care im Rahmen der integrierten Versorgung

285. Für den Begriff ‚Managed Care' existiert in der Literatur zwar keine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition, wohl aber eine Charakterisierung mit Hilfe ihrer zentralen bzw. wesentlichen Komponenten.[63] Danach lässt sich Managed Care hinsichtlich seiner

[62] Eine enge Verbindung zu den Outcomes weisen auch ‚Area-Indikatoren' auf, wie z. B. Asthmatiker in der nächtlichen Notaufnahme und unnötige stationäre Wiederaufnahmearten. Diese Indikatoren können bei regional fokussierten Projekten dazu dienen, deren transsektorale Leistungsfähigkeit anzuzeigen.

[63] Zu der Literatur, die sich auch mit einer Übertragung auf die deutschen Verhältnisse beschäftigt, siehe u. a. Baumann/Stock (1996); Neuffer (1997); Arnold et al. (1997); Knappe (1997); Preuß et al. (2002); Cortekar/Hugenroth (2006).

Intention und seinen Instrumenten wie folgt kennzeichnen (ähnlich Amelung et al. 2006):

– Es erfolgt eine Steuerung der Patienten zu bestimmten spezialisierten Versorgungseinheiten. Diese Steuerungsfunktion übernimmt häufig ein Primärarzt, der als *gatekeeper* fungiert. Die Versicherten bzw. Patienten können dabei auf eine freie Arztwahl verzichten oder auch unter bestimmten Bedingungen Ärzte konsultieren, die dem integrativen Netz nicht angehören (s. ausführlicher in den Unterkapiteln 3.6 und 3.8).

– Managed Care-Systeme weisen idealerweise einen indikationsübergreifenden Populationsbezug auf. Managed Care-Elemente können aber auch in indikationsbezogenen Netzen (siehe unten Disease Management) zum Einsatz kommen.

– Es finden eine sektorübergreifende Kooperation und Koordination zwischen allen am Behandlungsablauf Beteiligten statt. Diese gewinnen vor allem bei chronischen und anderen langwierigen Erkrankungen im Rahmen des Disease Management an Bedeutung. Eine Komplexpauschale kann auch die gesamte sektorübergreifende Behandlung einschließlich Rehabilitation und Pflege abdecken.

– Die Qualitätssicherung spielt bei pauschalisierten Vergütungsformen, da hier eher eine Unterversorgung droht, eine noch größere Rolle als bei der Einzelleistungsvergütung. Zur Steigerung der Qualität finden spezielle Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Qualitätssicherungsprogramme *(credentialing)* statt.

– Bei ambitionierten Managed Care-Programmen können ein Utilization- und ein Outcome-Management die Qualitätssicherung ergänzen und fundieren. Utilization-Management zielt darauf ab, über eine prospektive, begleitende und retrospektive Beobachtung und Beeinflussung der Leistungsinanspruchnahme das Versorgungsgeschehen zu kontrollieren (Neuffer 1997). Outcome-Management umfasst die Messung der Prozesse, die Evaluation und Bewertung einschließlich Benchmarking der Ergebnisse sowie als Feedback die Rückmeldung dieser Informationen an die Beteiligten (Epstein/Sherwood 1996).

– Verglichen mit der konventionellen Versorgung erhalten die Krankenkassen im Bereich der Vertrags- und Leistungsgestaltung mehr Wettbewerbsparameter und damit einen größeren Entscheidungsspielraum, der vornehmlich die Versorgungs- und Vergütungsformen einschließlich deren Planung und Kontrolle umfasst. Über Verträge mit den Leistungserbringern können die Krankenkassen Einfluss auf den Behandlungsprozess nehmen, indem sie z. B. den Leistungskatalog oder Teile desselben im Vorfeld festlegen.

– Die Krankenkassen kontrahieren selektiv mit Gruppen von ausgewählten Leistungserbringern. Mit diesen vereinbaren sie Vergütungsregelungen und Versorgungsinhalte, wie z. B. Behandlungsleitlinien und Qualitätsstandards, Einholung einer Zweitmeinung bei Krankenhauseinweisungen und Operationen, Mindestzahlen bei stationären Eingriffen, ambulante Notfall- und Pflegedienste, kassenspezifische Positivlisten für Arzneimittel usw.

– Um die Modalitäten der Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu beeinflussen, können die Krankenkassen bei den Leistungserbringern und den Versicherten bzw. Patienten finanzielle Anreize setzen. Hierzu gehören bei der Entlohnung der Leistungserbringer u. a. pauschale Vorausvergütungen für die Gesamtheit potentieller Behandlungen (*capitation*) und Komplexpauschalen für abgegrenzte Leistungsbündel (*service bundling* im Rahmen von *prospective pricing*). Diese prospektiven Vergütungsformen verlagern das Morbiditätsrisiko teilweise auf die Leistungserbringer und beteiligen diese damit auch am ökonomischen Risiko. Zur Steuerung des Patientenverhaltens können u. a. Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattungen, Boni und Ermäßigungen bei Zuzahlungen zum Einsatz kommen.

286. Managed Care umfasst hinsichtlich des Verhältnisses von Krankenkassen und Leistungserbringern vielfältige Organisationsformen und auch unter Behandlungs- bzw. Steuerungsaspekten der Patienten mehrere Varianten. Aus deutscher Sicht und vor allem auf die GKV bezogen, interessieren in erster Linie das Disease, das Case und das Demand Management. Für den Begriff ‚Disease Management' existiert bisher in der Literatur keine eindeutige Definition mit einer klaren Abgrenzung gegenüber ähnlichen Instrumenten (JG 2003, Ziffer 735). In erster Approximation lässt sich Disease Management als ein integrierter Behandlungsansatz charakterisieren, der die medizinische Versorgung einer bestimmten Patientengruppe über den gesamten Verlauf einer Erkrankung und über die einzelnen Versorgungsbereiche hinweg koordiniert und steuert (Wiechmann 2003; ähnlich Mühlbacher et al. 2000 und Seitz/Fritz 2005). Disease Management bezieht sich im Unterschied zu Case Management auf Patientengruppen mit bestimmten gleichartigen, zumeist chronischen Erkrankungen.[64] Im Gegensatz dazu konzentriert sich Case Management auf einzelne, komplizierte und in der Regel kostenintensive Krankheitsfälle (Baumberger 2001; Lehmann 2003). In beiden Verfahren übernimmt eine spezielle Instanz als Koordinationsstelle die Betreuung und Steuerung der Patienten und begleitet diese durch die gesamte Behandlungskette mit dem Ziel, den Behandlungsablauf unter

---

[64] In der vor allem angelsächsischen Literatur finden sich für Disease Management auch Definitionen mit einem weiteren begrifflichen Inhalt, z. B. im Sinne von ‚Health Management', ‚Health Risk Management' oder ‚Population Management' (Epstein/Sherwood 1996; Ellrodt et al. 1997; Reeder 1999; Radzwill 2002; Disease Management Association of America 2006). Im deutschen Sprachgebrauch hat sich jedoch für die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g SGB V, die sich auf die Behandlung einzelner ausgewählter chronischer Krankheiten beziehen, der Terminus ‚Disease Management' eingebürgert. Insofern erscheint es sinnvoll, bzw. zweckmäßig, Disease Management wie oben zu definieren und die strukturierten Behandlungsprogramme als eine Variante bzw. ein Teilmenge des Disease Management anzusehen (s. ausführlicher in Abschnitt 3.4.1 und Unterkapitel 3.6).

medizinischen und ökonomischen Aspekten zu optimieren. Case Management kann auch im Rahmen des Disease Management zum Einsatz kommen und die Versorgung schwerkranker, multimorbider Patienten übernehmen. Die Risikostratifizierung erfolgt dann auf zwei Ebenen: Alle eingeschriebenen Patienten erhalten bestimmte Interventionen und solche mit höherem Risiko noch intensivere Maßnahmen (Welch et al. 2002). Disease und Case Management beinhalten von ihrer Intention her Qualitäts- und Kostenaspekte, indem sie sowohl eine Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes der Patienten als auch eine langfristige Senkung der Leistungs- bzw. Behandlungsausgaben anstreben (s. hierzu Busse et al. 2006).

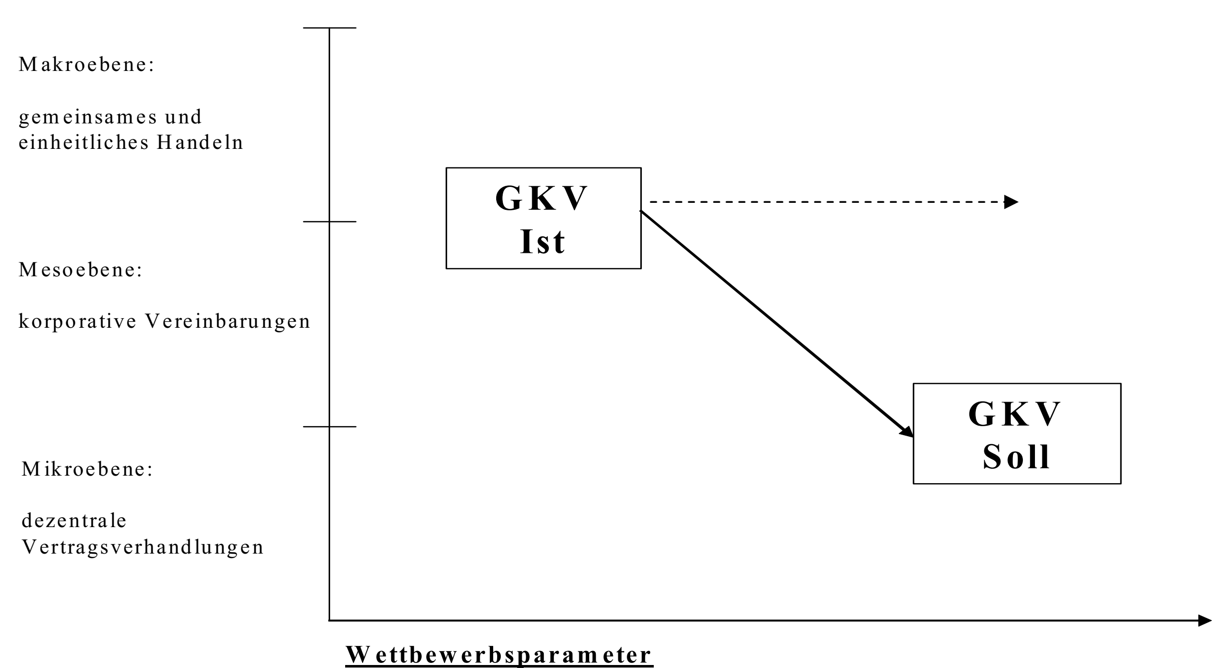
287. Im Rahmen des Demand Managements versucht die Krankenkasse bzw. -versicherung, durch zielgerichtete Informationen und spezielle Beratungen Einfluss auf die Nachfrage der Patienten nach Gesundheitsleistungen zu nehmen. Diesem Ziel dienen u. a. auch krankenkassengetragene Callcenter, an die sich die Patienten auch aus eigener Initiative bzw. im Bedarfsfall wenden können (JG 2003, Ziffer 299ff.).[65] Im Grenzfall kann eine Managed Care-Variante die Patienten dazu verpflichten, vor der Konsultation eines Leistungserbringers – von Notfällen abgesehen – zuerst den Demand Manager, der sich auch in einem Callcenter befinden kann, zu konsultieren. Dieser prüft dann, ob eine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt und welche Versorgungsebene, d. h. Selbstmedikation, Haus-, Facharzt oder stationäre Versorgung, sich gegebenenfalls anbietet. Demand Management kann auf diese Weise ein Instrument zum Abbau bzw. zur Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung bilden. Im weiteren Sinne könnte man unter Demand Management auch die Gewährung von Boni, Zuzahlungsermäßigungen und Beitragsreduktionen subsumieren. In diesen Fällen handelt es sich dann allerdings um eine indirekte und eher unspezifische Beeinflussung der Nachfrage von Versicherten bzw. Patienten.

[65] Hier können, wie die Förderung zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V, gemeinsam und einheitlich finanzierte Einrichtungen der Krankenkassen hinzutreten.

288. Verglichen mit den derzeitigen Allokationsprozessen in der GKV intendiert Managed Care, wie Abbildung 2 illustriert, die Verbesserung der Versorgung durch eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen und Leistungserbringer. Diese ordnungspolitische Tendenz setzt eine Dezentralisierung der Entscheidungsebene und eine Zunahme der Handlungsparameter bzw. Instrumentvariablen von Krankenkassen und Leistungserbringern voraus. Dies bedeutet, dass möglichst bzw. soweit zielführend dezentrale Verhandlungen auf der Mikro-

Abbildung 2

Zur angestrebten Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen



Quelle:Eigene Darstellung

ebene an die Stelle des gemeinsamen und einheitlichen Handelns oder der korporativen Steuerung auf der Makro- und Mesoebene treten. Eine stärkere Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen bedingt, dass ein Vertrags- und Versorgungswettbewerb mit selektivem Kontrahieren die bisher vorherrschenden Allokationsmechanismen einer politisch-administrativen Steuerung sowie kollektivvertraglicher Vereinbarungen zumindest partiell ablöst. Es handeln dann einzelne Krankenkassen mit bestimmten Leistungsanbietern und nicht mehr Verbände bzw. die Krankenkassen gemeinsam oder Krankenkassenarten mit KVen die Verträge aus. An die Stelle flächendeckender uniformer Kollektivverträge sollen vermehrt dezentrale wettbewerbliche Suchprozesse mit selektivem Kontrahieren von Krankenkassen und Leistungserbringern treten.

289. Der Rat hat in seinem jüngsten Gutachten (JG 2005, Ziffer 38ff.) bei den Ausführungen zum Verhältnis von korporativer Koordination und selektivem Kontrahieren deutlich gemacht, dass es ihm in diesem Kontext nicht darum geht, die Kollektivverträge flächendeckend durch selektive Vertragsverhandlungen auf Mikroebene zu ersetzen. Bei einem umfassenden System selektiven Kontrahierens zwischen den diversen Leistungserbringern und den immer noch ca. 250 Krankenkassen droht eine Zersplitterung der Vertrags- und Versorgungslandschaft mit hohen Transaktionskosten, steigender Intransparenz und auch der Gefahr von Risikoselektion, d. h. mit aus heutiger Sicht kaum abschätzbaren Folgen. Selektive Vertragsverhandlungen können, wie gezeigt (ebenda, Ziffer 92ff.), grundsätzlich aber auch innerhalb eines kollektivvertraglichen Rahmens erfolgen und ebenso mit der korporativen Koordination in Wettbewerb treten.

Dieser Wettbewerb vermag u. U. zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der korporativen Koordination beizutragen, so dass die Ergebnisse dieses Wettbewerbsprozesses offen bleiben. Es gilt aus ordnungspolitischer Sicht nur zu vermeiden, dass die staatliche Rahmenordnung einen dieser beiden Allokationsmechanismen a priori privilegiert bzw. diskriminiert. Zudem zeigen die empirischen Erfahrungen, insbesondere in der Schweiz (s. Abschnitt 3.7.1), dass Managed-Care Systeme schon eine erhebliche Zeitspanne benötigen, um einen relevanten Anteil an der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

3.4 Wettbewerbsfelder zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

3.4.1 Instrumente sektorübergreifender Versorgung im Überblick

290. Erste Ansätze, um Managed Care-Elemente in die deutsche Gesundheitsversorgung zu implementieren, boten – wie Abbildung 3 synoptisch zusammenfasst – die durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 eingeführten Strukturverträge und Modellvorhaben. Strukturverträge können nach § 73a SGB V aber nur die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit den Landesverbände der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vereinbaren (siehe ausführlich Wille 1999). Dies schließt sowohl selektives Kontrahieren auf Mikroebene als auch die Mitwirkung der Krankenhäuser aus. Im Unterschied dazu können bei den Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in der GKV zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von ihnen Vereinbarungen schließen. Die Modellvorhaben ermöglichen somit dezentrale Vertragsverhandlungen und auch dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen sowie einzelnen Vertragsärzten und Krankenhäusern. Sie bilden allerdings keinen Bestandteil der Regelversorgung sondern unterliegen prinzipiell einer Befristung auf maximal 8 Jahre. Die Einführung der Strukturverträge und Modellvorhaben löste, vornehmlich im ambulanten Bereich, schon nach kurzer Zeit eine Fülle viel versprechender Initiativen und Projekte aus. Das Erlahmen dieser Aktivitäten schon nach ca. 2 Jahren ging zum einen auf unzureichende gesetzliche Rahmenbedin-

Abbildung 3

Organisationsformen und gesetzliche Grundlagen integrierter Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung

gungen und zum anderen auf Planungsfehler der (Netz-) Betreiber zurück (siehe hierzu ausführlich JG 2003, Ziffer 690ff; Wille 2004).

291. Nachdem auch die integrierten Versorgungsformen nach § 140aff. in der ursprünglichen Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 u. a. auch wegen ihres überfrachteten Regelwerkes kaum auf das Interesse potentieller Vertragspartner stießen, schuf das GMG einen deutlich modifizierten und im Prinzip auch verbesserten Rechtsrahmen für den Einsatz von Managed Care. Eine entsprechende Erweiterung erfolgte dann durch das VÄndG; und auch das GKV-WSG sieht einige bedeutsame Elemente zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung vor. Der Auf- und Ausbau der gesetzlichen Grundlagen für die integrierte Versorgung führte an den Schnittstellen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu einer Erweiterung der Wettbewerbsfelder, d. h. zu einer gewissen Durchlässigkeit zwischen den zuvor weitgehend abgeschotteten Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung.

292. Die integrierte Versorgung umfasst somit im SGB V wie Abbildung 2 aufzeigt, nicht nur die integrierten Versorgungsformen, sondern auch die Strukturverträge und Modellvorhaben sowie die strukturierten Behandlungsprogramme. Diese Feststellung gilt unbeschadet der Tatsache, dass die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme infolge ihrer ausgeprägteren Anreizstrukturen derzeit stärker im Mittelpunkt des Interesses stehen (s. Abschnitt 3.5.1 und Unterkapitel 3.6). Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei den strukturierten Behandlungsprogrammen, die auf eine integrierte Versorgung von Patienten mit spezifischen chronischen Krankheiten abzielen, um Disease Management Programme. Für diese indikationsspezifischen Behandlungsprogramme können aber auch, was vielfach geschieht (s. Abschnitt 3.5.2), die integrierten Versorgungsformen und im Prinzip auch die Modellvorhaben die Grundlage bzw. den organisatorischen Rahmen bilden.

293. Über diese speziellen Organisationsformen integrierter Versorgung (mit Ausnahme der Strukturverträge) hinaus besitzen die Krankenhäuser auf der Grundlage des SGB V inzwischen vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, so z. B. im Rahmen

- der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115a),
- von ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffen (§ 115b),
- der ambulanten Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a),
- von Verträgen über ambulante ärztliche Behandlung bei Teilnahme des Krankenhauses an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g (§ 116b Abs. 1),
- der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b Abs. 2),
- von Hochschul- und Institutsambulanzen (§§ 117ff.) sowie
- von medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95 Abs. 1) (siehe hierzu u. a. Amelung et al. 2006; Schulz/Schulte 2006 sowie Abschnitt 3.4.2.3).

Diese Tätigkeitsfelder ermöglichen den Krankenhäusern, vor allem

- über das Krankenhausbudget bzw. die Vergütung durch Diagnosis Related Groups (DRGs) hinaus Einnahmen und damit Deckungsbeiträge zu erzielen,
- die Patientenbindung und -gewinnung zu verbessern,
- das Leistungsspektrum zu erweitern,
- ihre hochwertige medizinisch-technische Ausstattung besser auszulasten sowie
- ihre Marktposition, insbesondere auf dem Gebiet von Spezialleistungen, auszubauen.

294. Verglichen mit den Optionen der Krankenhäuser, ambulante Leistungen zu erbringen, verfügen die niedergelassenen Ärzte und ihre Verbände über deutlich geringere Möglichkeiten, sich an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entsprechend zu positionieren. Die dreiseitigen Verträge nach § 115 Abs. 1, die „eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten gewährleisten“ sollen, schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die KVen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Lande. Abgesehen von den Vertragsformen mit selektivem Kontrahieren, die teilweise auch die Krankenhäuser einbeziehen, beschränken sich die Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte auf

- die schon erwähnten Strukturverträge (§ 73a),
- die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch KVen[66] (§ 77a neu im GKV-WSG) sowie
- die Flexibilisierung der Zulassungordnung für Vertragsärzte (§ 95 Abs. 3 und 9).

295. In diesem Kontext verdient vor allem die im Zuge des VÄndG modifizierte Zulassungsordnung für Vertragsärzte besondere Beachtung, die in ihrer Flexibilisierung teilweise noch über die geltende Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte hinausgeht. Sie sieht u. a. folgende Neuerungen vor:

- Anstellung von Ärzten ohne zahlenmäßige Begrenzung, auch fachgebietsübergreifend und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung,[67]

---

[66] Die Dienstleistungsgesellschaften dürfen bei ihrer Aufgabenerfüllung gegenüber den vertragsärztlichen Leistungserbringern nur gegen Kostenersatz tätig werden, d. h. die Finanzierung darf nicht aus Mitteln der KVen erfolgen.

[67] Die Möglichkeit der Beschäftigung von Ärzten eines fremden Fachgebietes besteht allerdings nicht, wenn diese Ärzte einer Fachgruppe angehören, die Patienten nur auf Überweisung in Anspruch nehmen können, z. B. Pathologen, Laborärzte, Radiologen und Mikrobiologen.

– Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer KVen,

– Tätigkeit in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sowie

– Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelnen Leistungen.

Diese Flexibilisierungen bieten den niedergelassenen Ärzten die Chance, in Eigenregie leistungsfähige Behandlungsnetze zu bilden, ohne auf medizinische Versorgungszentren zurückzugreifen. Diese ambulanten Versorgungseinheiten bieten auch Vorzüge für Berufsanfänger, die den Investitionsaufwand einer ärztlichen Praxis scheuen, und für junge Familien, die flexible Arbeitszeitmodelle präferieren. Schließlich schlagen diese Regelungen auch eine Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. So dürfen Ärzte sowohl in medizinischen Versorgungszentren als auch an einem Krankenhaus arbeiten (Paquet 2006).

296. Die Regelungen, nach denen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern selektiv kontrahieren können, unterscheiden sich u. a. hinsichtlich der möglichen Vertragspartner. Die Krankenkassen können selektive Verträge schließen

– bei den Modellvorhaben (§§ 63-65): mit den in der GKV zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von ihnen, d. h. u. a. mit einzelnen Vertragsärzten, deren Gemeinschaften und KVen,

– im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b): mit zugelassenen Hausärzten, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, deren Gemeinschaften sowie medizinische Versorgungszentren; nach dem GKV-WSG auch mit Managementgesellschaften und unter Umständen mit KVen,[68]

– bei den integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d): mit einzelnen Vertragärzten, deren Gemeinschaften, Trägern zugelassener Krankenhäuser, medizinischen Versorgungszentren, Managementgesellschaften u. a.

– im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c neu im GKV-WSG): mit Vertragsärzten, deren Gemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren, Managementgesellschaften und KVen.

297. Die Anforderungen, denen die Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung genügen müssen, umschreibt § 73b Abs. 2 wie folgt:

– Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie,

– Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,

– Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarztspezifische Behandlungsprogramme konzentrieren und

– Einführung eines hausarztspezifischen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

Die durch das GKV-WSG eingeführte Gründung von Dienstleistungsgesellschaften eröffnet den KVen allerdings die Möglichkeit, die Vertragsärzte beim Abschluss von selektiven Verträgen zu beraten und bei der Vertragsabwicklung zu unterstützen.[69] Im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung können die Krankenkassen alleine oder in Kooperation mit anderen Kassen Verträge abschließen, die sowohl populationsbezogen die gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch indikationsbezogen einzelne Bereiche derselben umfassen. Ein weiterer relevanter Unterschied zwischen diesen vier Formen selektiven Kontrahierens besteht darin, dass nur die Modellvorhaben gemäß § 65 SGB V eine obligatorische wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards durch unabhängige Sachverständige vorsehen.

3.4.2 Spezielle Ansatzpunkte für die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

3.4.2.1 Ambulantes Operieren

298. Neben der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus[70] gemäß § 115a SGB V erfolgte mit der Einführung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 ein zentraler Schritt für die Öffnung der Krankenhäuser. Die Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren als echte ambulante Leistung ohne Notwendigkeit der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss bedeutet eine partielle Angleichung des ambulanten und des stationären Sektors (Degener-Hencke 2003). Die Selbstverwaltungspartner legen die ambulanten Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe in einem dreiseitigen Vertrag, dem sogenannten AOP-Vertrag, fest. Insbesondere nach Inkrafttreten des AOP-Vertrags 2005, der den Krankenhäusern neben dem ambulanten Operieren auch die ambulante Erbringung von konservativ-interventionellen Leistungen ermöglicht und zudem die in der Regel ambulant zu erbringenden Leistungen spezifiziert, entwickelte sich dieser Bereich

[68] Soweit Gemeinschaften vertragsärztlicher Leistungserbringer sie hierzu ermächtigen.

[69] So unterzeichneten z. B. der BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen, die Hausärzteverbände in Niedersachsen sowie die KV Niedersachsen einen Vertrag, der die Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung mit denen der integrierten Versorgungsformen verbindet. In diesem Projekt übernimmt die KV Niedersachsen die Verwaltung und Abrechnung der zusätzlichen Honorare für die Hausärzte, die dem Vertrag beitreten (o.V. 2007).

[70] Im Jahr 2003 nahmen die teilstationären Behandlungen gegenüber 2002 um 35,5 % zu. Im Bereich der vorstationären Versorgung ist in dieser Periode eine Steigerung von 21,2 % zu verzeichnen (Rolland 2005: 847).

für viele Krankenhäuser zu einem zentralen Geschäftsfeld. Dies dürfte auch darin begründet liegen, dass im Zuge der Neufassung des § 115b SGB V im GMG eine Beweislastumkehr zu Lasten der Krankenhäuser stattfand. Sie bewirkt, dass ein Krankenhaus, das ohne eine nachvollziehbare Begründung[71] eine im AOP-Katalog als in der Regel ambulant durchführbar gekennzeichnete Leistung (‚Sternchen-Leistung') stationär erbringt, keinen Anspruch auf die Vergütung dieser Leistung als stationäre Behandlung besitzt (Held et al. 2005; Rochell et al. 2004).[72] Die Geschwindigkeit bzw. Intensität, mit der sich die Öffnung von Krankenhäusern derzeit vollzieht, zeigen unter anderem die Daten des Statistischen Bundesamtes, das seit 2002 auch die Anzahl der ambulant durchgeführten Operationen in Krankenhäusern erfasst. Die Krankenhausstatistik weist im Ausgangsjahr 2002 575 613, im Jahr 2003 721 310 und im Jahr 2004 1 160 573 ambulante Operationen aus. Dies entspricht einer jährlichen Steigerungsrate von 25,8 % (2002/2003) bzw. von 60,9 % (2003/2004) und belegt die außerordentlich dynamische Entwicklung dieses Leistungsbereichs[73] (Rolland 2005).

3.4.2.2 Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen

299. Der Trend zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen spiegelt sich auch im Rahmen des § 116b SGB V wider. Diese Norm regelt nicht nur die Beteiligung von Krankenhäusern an der Durchführung von DMPs nach § 137f SGB V, sondern ermöglicht auch kassenartspezifische Verträge mit Krankenhäusern über bestimmte hochspezialisierte ambulante Leistungen außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags. In § 116b Abs. 3 SGB V spezifiziert der Gesetzgeber den Katalog hoch spezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen für die Krankenkassen oder ihre (Landes-)Verbände Verträge mit zugelassenen Krankenhäusern über eine ambulante Leistungserbringung schließen können. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist beauftragt, diesen Katalog zu überprüfen und ggf. um weitere Leistungen und Erkrankungen zu ergänzen. Dabei setzt ein Verbleib bzw. eine Aufnahme in den Katalog voraus, dass „der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind." Die Konkretisierung dieses Kataloges regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus, in deren Rahmen er auch die Grundlagen für die Behandlung von Patienten mit Marfansydrom und Mukoviszidose schuf.

300. Bisher zeigten die Krankenkassen allerdings eher ein geringes Interesse an derartigen selektiven Versorgungsverträgen. Dies geht u. a. darauf zurück, dass die Krankenkassen die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser unmittelbar vergüten müssen, d. h. zusätzlich zu der an die KVen abgeführten Gesamtvergütung und zusätzlich zu den regulären Krankenhausbudgets.[74] Das GKV-WSG berechtigt nun ein Krankenhaus zur Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 und 4 SGB V festgelegten Leistungen, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers dazu als geeignet ausgewiesen ist (Tuschen 2006). Da eine Bedarfsplanung nicht stattfindet, ist einem geeigneten Krankenhaus die Berechtigung für die Leistungserstellung zu erteilen. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt durch die Krankenkassen zusätzlich zur Gesamtvergütung. Die Einführung dieses Zulassungsverfahrens befreit die Eingriffsmöglichkeit der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung im Bereich hochspezialisierter Leistungen von der Prämisse eines Vertragsabschlusses mit den Krankenkassen.

3.4.2.3 Medizinische Versorgungszentren

301. Der 2004 eingeführte § 95 Abs. 1 SGB V veränderte ebenfalls die Position der Krankenhäuser im Versorgungsgefüge. Er erlaubt den Häusern im Kontext eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) regulär an der ambulanten bzw. vertragsärztlichen Versorgung der Patienten teilzunehmen. Die Kliniken können diese fachübergreifenden Zentren, in denen Ärzte als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind, gründen oder an ihnen teilnehmen. Im Rahmen eines MVZs bietet sich den Krankenhäusern dabei erstmals die Möglichkeit, die volle Breite der ambulanten Versorgungsformen anzubieten und damit die gesamte Wertschöpfungskette zu integrieren (Degener-Hencke 2006; Lüngen et al. 2004). Das MVZ ermöglicht den Krankenhäusern neben einer Optimierung der Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten und einer verbesserten Einweisungssteuerung auch die Ausgliederung von vor- und nachstationären Leistungen und ambulanten Operationen und damit eine Ausweitung des Budgets (Theilmann 2003). Im Vergleich zum vergangenen Jahr verdoppelte sich 2006 der Anteil der Krankenhäuser, die ein MVZ gründeten zwar, insgesamt liegt der Anteil an allen Krankenhäusern aber erst bei ca. 7 %. Von den 666 bestehenden MVZ-Zulassungen befinden sich 29 % in reiner Trägerschaft der Krankenhäuser (Stand 12/2006; KBV 2006). Dabei überwiegt in den westlichen Bundesländern die Trägerschaft von Vertrags-

[71] Der stationäre Aufenthalt kann durch das Vorliegen von mindestes einem der in Anlage 2 des AOP Vertrages genannten allgemeinen Tatbestände begründet werden (vgl. § 115b Abs. 1 S. 1 SGB V).

[72] Aufgrund der Mindererlösregelung des DRG-Systems kann das maximale wirtschaftliche Risiko einer nicht notwendigen stationären Erbringung einer Krankenhausleistung je nach Höhe der zu stornierenden DRG-Fallpauschale den Erlös aus der AOP-Leistung deutlich übertreffen. Daraus ergibt sich für Krankenhäuser aus betriebswirtschaftlicher Sicht bei vielen AOP-Leistungen ein höherer Nutzen aus der Vermeidung der nicht zu begründenden stationären Durchführung von AOP-Leistungen als aus der Teilnahme am ambulanten Operieren selbst (Rochell et al. 2004).

[73] Das Deutsche Krankenhausinstitut geht in einer aktuellen Studie davon aus, dass die Zahl der ambulanten Operationen von 2004 bis 2010 jährlich um zehn Prozent steigen wird (Offermann/Müller 2006).

[74] Zudem werden Krankenkassen mit Verträgen über hoch spezialisierte Leistungen für schwerstkranke Versicherte attraktiv. Dies kann für sie ohne eine Erweiterung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ein finanzielles Risiko darstellen (Cassel et al. 2006).

ärzten und in den östlichen jene von Krankenhäusern (Keller et al. 2006). Aktuell plant die Mehrzahl der deutschen Krankenhäuser keine MVZ Neugründung, wobei die Gründe hierfür in den Zulassungssperren,[75] dem Widerstand der niedergelassen Ärzte,[76] aber auch in den juristischen bzw. den Finanzierungsproblemen liegen (Blum et al. 2006b).

3.5 Die integrierten Versorgungsformen

3.5.1 Gesetzliche Regelungen

302. Wie bereits angedeutet (siehe Unterkapitel 3.1), schuf das GMG für die integrierten Versorgungsformen einen stark veränderten Rechtsrahmen, der die bis dahin bestehenden sozialrechtlichen Hindernisse für eine erfolgreiche Inangriffnahme entsprechender Projekte weitgehend beseitigte und darüber hinaus positive Anreize für entsprechende Projekte setzte. In dieser Hinsicht beinhaltet die Neufassung des § 140a-d SGB V durch das GMG vor allem folgende Elemente (Wille 2004; Amelung et al. 2006):

– Die Krankenkassen können mit den Leistungserbringern Verträge über „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ (§ 140a Abs. 1) abschließen. Es handelt sich insofern um eine sehr weite Fassung integrierter Versorgung, als sie nicht zwingend transsektorale Behandlungen voraussetzt, sondern sich auch mit einer interdisziplinären fachübergreifenden Versorgung begnügt.

– Die Vertragspartner der Krankenkassen, zu denen die KVen nicht gehören (siehe auch Abschnitt 3.4.1), verpflichten sich zu einer „qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung“ (§ 140 b Abs. 3).[77] Die Apotheken können gemäß § 129 Abs. 5b den integrierten Versorgungsformen beitreten.

– Da die Versorgung auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen von Kollektivverträgen erfolgt, schränkt sie den Sicherstellungsauftrag der KVen entsprechend ein.

– Dritte können den Verträgen nur mit Zustimmung aller Vertragspartner beitreten. Diese unter Wettbewerbsaspekten wichtige Änderung gegenüber der ursprünglichen Fassung ermöglicht Erfindern innovativer Projekte, die positiven Effekte ihrer Bemühungen zu internalisieren.

– Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus darauf verständigen, dass die Leistungserbringung auch dann erfolgen kann, wenn sie vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

– Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht für bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossenen Verträge.

– Zur Anschubfinanzierung behält jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils bis zu 1 % der an die KV zu entrichtenden Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung für voll- und teilstationäre Versorgung ein. Für Verträge mit Abschluss nach dem 1. April 2007 dürfen diese Mittel gemäß GKV-WSG nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser sowie für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwandt werden. Übersteigen die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die einbehaltenen Beträge, erfolgt eine Bereinigung der Gesamtvergütungen entsprechend der Zahl und der Risikostruktur jener Versicherten, die an der integrierten Versorgung teilnehmen. Die temporäre Aussetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die Anschubfinanzierung tragen dem Umstand Rechnung, dass neue integrierte Versorgungsprojekte Innovationen darstellen, die schon relativ frühzeitig Kosten verursachen, aber häufig erst mit einer zeitlichen Verzögerung Nutzen stiften.

– Die Verträge sollen gemäß GKV-WSG eine „bevölkerungsbezogene Flächendekkung der Versorgung“ ermöglichen und Verträge nach § 130a Abs. 8 die im Rahmen der ambulanten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln regeln.

– Die Versicherten nehmen freiwillig an den integrierten Versorgungsformen teil. Sie können dann aber Leistungserbringer, die nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen, nur im Falle einer Überweisung oder auf der Grundlage einer besonderen vertraglichen Regelung in Anspruch nehmen. Diese Regelung stellt eine wesentliche Voraussetzung für die ‚Netztreue‘ der eingeschriebenen Versicherten dar. Sofern diese ohne triftige Gründe bzw. beliebig Ärzte konsultieren, die nicht zum jeweiligen Versorgungsnetz gehören, bleibt das jeweilige Projekt zur integrierten Versorgung zwangsläufig medizinisch wie ökonomisch erfolglos.

– Für Versicherte, die an den integrierten Versorgungsformen – oder an der hausarztzentrierten Versorgung oder einem DMP – teilnehmen, kann die Krankenkasse nach § 65a Abs. 2 für die Dauer der Teilnahme in ihrer Satzung eine Ermäßigung von Zuzahlungen vorsehen.

303. Die durch das GKV-WSG erheblich erweiterten Wahltarife nach § 53 SGB V besitzen auch für die integrierte Versorgung Bedeutung, da sie relevante Wettbewerbsparameter der Krankenkassen darstellen. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung beschränken sich die Selbstbehalte nun nicht mehr auf freiwillige Mitglieder und setzen auch keine Kostenerstattung voraus. Dies bedeutet, dass nahezu alle Mitglieder auch im Sachleistungssystem einen Selbstbehalt wählen und damit in den

---

[75] Zur Zulassungsproblematik bei MVZs siehe Degener-Hencke 2006.

[76] Die niedergelassenen Ärzte befürchten vor allem in den westlichen Bundesländern, dass zum einen teure Therapien an den MVZ der Krankenhäuser das ambulante Gesamtbudget belasten und sie zum anderen Patienten an die MVZ verlieren (Preusker 2007).

[77] Diese Anforderungen gelten allerdings gemäß § 2 und § 70 SGB V grundsätzlich für alle Leistungen der GKV.

Genuss von Prämienzahlungen[78] kommen können. Die Mitglieder erhalten ebenfalls eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre mitversicherten Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch nehmen. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten. Für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen, d. h. an Modellvorhaben, hausarztzentrierter Versorgung, DMPs und integrierter Versorgungsformen, teilnehmen, haben die Krankenkasse spezielle Tarife anzubieten. Diese können eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Die Prämienzahlung darf bis 20 % der Jahresbeiträge eines Mitglieds, jedoch nicht mehr als 600 € betragen.[79]

Ferner können die Krankenkassen Tarife mit variabler Kostenerstattung und speziellen Prämienzahlungen durch die Versicherten anbieten, was z. B. die Erstattung des 2,3fachen Satzes nach GOÄ/GOZ möglich macht. Sie können zudem Tarife mit Leistungsbeschränkung und entsprechender Prämienzahlung vorsehen. Die Krankenkassen müssen Mitgliedern, für die der ermäßigte Beitragssatz gilt, ein tarifliches Angebot unterbreiten, das Ansprüche auf Krankengeld beinhaltet. Diese Regelung ermöglicht z. B. versicherten Selbständigen mit Hilfe besonderer Wahltarife einen Anspruch auf Krankengeld zu erlangen. Schließlich besitzen die Krankenkassen nun die Möglichkeit, gegen spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten die Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen zu übernehmen.

304. Die Wahltarife binden die Versicherten für mindestens 3 Jahre, ein Sonderkündigungsrecht besteht nur in Härtefällen. Eine Ausnahme bilden die Tarife im Rahmen der besonderen Versorgungsformen mit einer Mindestbindungszeit von einem Jahr. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, wie z. B. Empfänger von ALG II, können nur die Wahltarife zu den besonderen Versorgungsformen wählen. Die Mindestbindungsfrist zielt darauf ab, einen strategischen Wechsel zwischen den Tarifen aufgrund der erwarteten Inanspruchnahme von Leistungen zu verhindern bzw. einzuschränken. Da die Versicherten während der Bindungsfrist ihre Krankenkasse nicht wechseln können, besitzt diese hohe Anreize, attraktive Wahltarife anzubieten. Dies gilt noch verstärkt für Krankenkassen, die damit rechnen, im Rahmen des Gesundheitsfonds ab 2009 Zusatzbeiträge erheben zu müssen.

305. Die Krankenkassen müssen jeden Wahltarif aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanzieren, die aus den jeweiligen Maßnahmen resultieren. Das Gesetz zwingt sie, regelmäßig bzw. mindestens alle drei Jahre gegenüber der Aufsichtsbehörde Rechenschaft über diese Einsparungen abzulegen. Diese Vorschrift soll vermeiden, dass die Krankenkassen die Wahltarife durch die übrigen Versicherten quersubventionieren, d. h. u. a. strategisch zur Risikoselektion nutzen. Zudem erleiden bei Einhaltung dieser Vorschrift Versicherte, die keine Wahltarife in Anspruch nehmen, durch diese Optionen keine Nachteile. Die betreffenden Evaluationen könnten die Informationsbasis für die weithin umstrittenen Wirkungen von Selbstbehalten verbessern. Der Dissens besteht hier hauptsächlich darin, ob und inwieweit Selbstbehalte und ähnliche Regelungen sich über Verhaltensänderungen selbst amortisieren und damit den übrigen Versicherten keinen finanziellen Schaden zufügen (Amhof/Böcken 2007). Übersteigen die Einsparungen aus den Verhaltensänderungen die Prämienzahlungen, zieht die gesamte Versichertengemeinschaft Nutzen aus den Wahltarifen.

3.5.2 Entwicklung und Struktur der Vertragsabschlüsse

306. Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) registriert nach einer Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft seit dem 1. April 2004 die von den Krankenkassen gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Der BQS müssen nur Verträge gemeldet werden, die eine Vergütung der Leistungserbringer aus den Mitteln der einprozentigen Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V umfassen, was bei nahezu allen Verträgen der Fall sein dürfte. Die BQS veröffentlicht allerdings bisher lediglich aggregierte Daten über die Anzahl der abgeschlossenen Verträge, der geschätzten Teilnehmerzahlen, des entsprechenden Vergütungsvolumens, die Struktur der direkten Vertragspartnerkombinationen und den Anteil der Verträge, die mehr als eine Krankenkasse abschließen. Die veröffentlichten Statistiken der BQS informieren nicht darüber, welche Indikationen die Verträge beinhalten, wie die Vergütung der Leistungserbringer geregelt ist, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart wurden, welche weiteren Leistungserbringer neben den direkten Vertragspartnern an der integrierten Versorgung teilnehmen oder wie die Teilnahmebedingungen für die Versicherten aussehen. Dieser Mangel geht darauf zurück, dass der Registrierungsstelle bei der BQS in erster Linie die Aufgabe zufiel, für die Vertragspartner nachvollziehbar die Kürzungen der Gesamtvergütung bzw. der Budgets der einzelnen Krankenhäuser im Rahmen der Anschubfinanzierung zu dokumentieren (§ 2 der Vereinbarung über die Einrichtung der Registrierungsstelle). Das GKV-WSG zielt darauf ab, das integrierte Versorgungsgeschehen transparenter zu gestalten. Es verpflichtet die BQS, künftig einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgungsformen zu veröffentlichen, der auch über die Inhalte und den Umfang der Verträge informiert (§ 140d Abs. 5 SGB V neu).

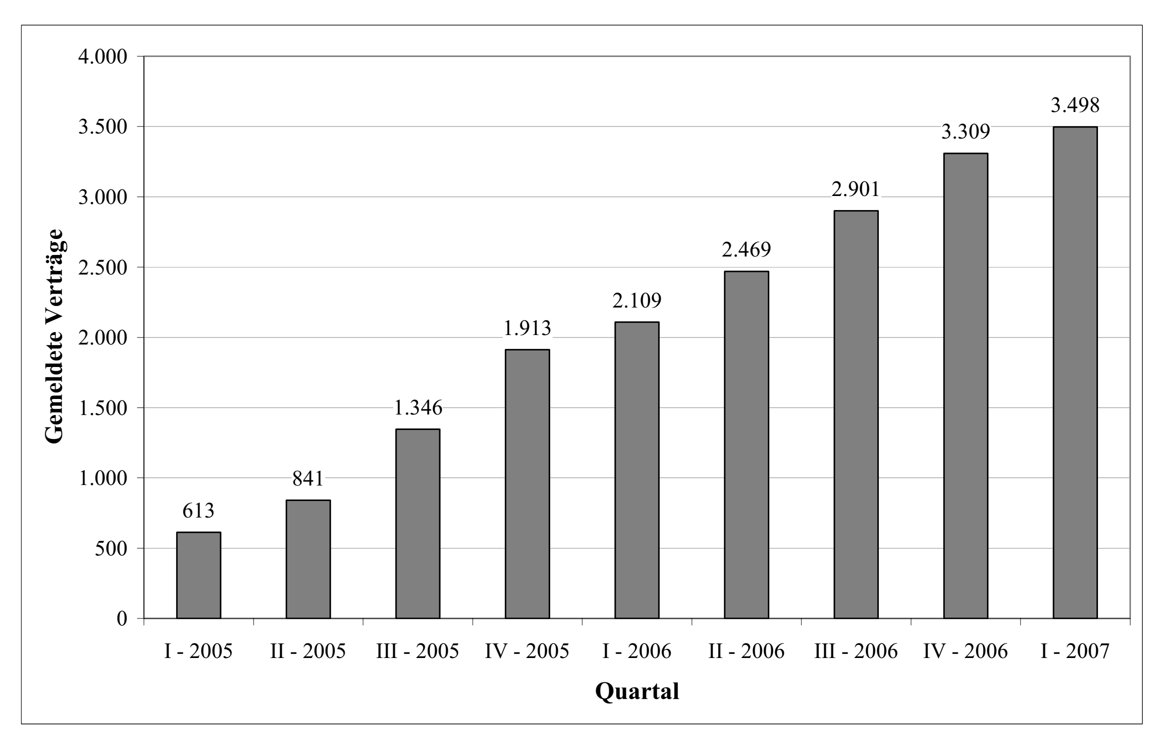
[78] Da die Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsfonds künftig keine Beiträge mehr erheben, ersetzt dieser Begriff den Terminus ‚Beitragsrückerstattung‘.

[79] Für Mitglieder mit erhöhtem allgemeinen Beitragssatz (§ 242 SGB V) gelten entsprechende Grenzen von 30 % bzw. 900 €.

Abbildung 4



Der BQS gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung nach BQS 2007

307. Die bei der BQS registrierten Verträge zur integrierten Versorgung haben sich innerhalb von zwei Jahren mehr als verfünffacht – von 613 Verträgen im ersten Quartal des Jahres 2005 auf 3.498 Verträge im ersten Quartal des Jahres 2007 (Abbildung 4). Das GMG konnte damit einen ersten Erfolg verbuchen, indem es die Zurückhaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer nach Einführung der integrierten Versorgungsformen im Jahr 2000 nachhaltig überwand (Knieps 2006; Stopper et al. 2005; O.V. 2004).

Die Anschubfinanzierung scheint in besonderem Maße ein Umdenken auf Seiten der Leistungserbringer und Krankenkassen zu bewirken. So versprach sich etwa der AOK-Bundesverband bereits im Jahr 2003 von deren Einführung eine hohe Dynamik in der integrierten Versorgung (O.V. 2003). Einige Beobachter monierten allerdings anfangs, dass die zahlreichen neuen Verträge zu den integrierten Versorgungsformen vor allem auf eine Strategie der Leistungserbringer zurückgingen, möglichst viel von der Anschubfinanzierung ‚abzugreifen', um so die einprozentige Budgetkürzung zu kompensieren. Echte Innovationen in der sektorübergreifenden Versorgung ließen sich dagegen kaum erkennen (Clade 2004; Strang/ Schulze 2004; Gerst 2004). Zusätzlich besäßen auch die Krankenkassen ein Interesse daran, möglichst schnell Verträge zu schließen, um so die vorgenommenen Budgetkürzungen zu rechtfertigen (O.V. 2004).

308. In der integrierten Versorgung lassen sich indikationsbezogene und populationsbezogene Verträge unterscheiden. In indikationsbezogenen Verträgen können sich Versicherte einschreiben, die eine bestimmte Indikation wie beispielsweise Diabetes oder Herz-, Kreislauferkrankungen aufweisen. Hierzu zählen auch Verträge, die ein bestimmtes Fachgebiet oder eine bestimmte Behandlungsform beinhalten, wie Verträge zur Gynäkologie, zum ambulanten Operieren oder zur kurzstationären Behandlung. Populationsbezogene Verträge regeln dagegen die Versorgung einer meist regional eingeschränkten Bevölkerungsgruppe, ohne das eine bestimmte Indikation vorliegen muss. Wie Tabelle 7 ausweist,[80] schließen die Vertragspartner bisher nahezu ausschließlich indikationsbezogene Verträge ab. Fasst man die unter den Stichpunkten ‚Hausarztversorgung' und ‚Fachübergreifende Behandlung' gemeldeten Verträge als populationsbezogene zusammen, enthält diese Aufstellung fast 99 % indikationsbezogene und nur etwas mehr als 1 % populationsbezogene Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung.

[80] Zur entsprechenden Datenbank siehe unter http://www.krankenkassenratgeber.net/iv.php. Dieser Service richtet sich in erster Linie an die Versicherten der GKV, um sie über integrierte Versorgungsangebote ihrer Krankenkasse zu informieren. Die Informationen in der Datenbank stellen die Krankenkassen ein. Es besteht keine Verpflichtung der Krankenkassen, hierüber Informationen abzugeben. So nutzen etwa einige Ortskrankenkassen den Service nicht.

Tabelle 7

Struktur der Verträge zur integrierten Versorgung nach dem Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand	Anzahl	Anteil	Vertragsgegenstand	Anzahl	Anteil
Hüft- und Kniegelenke	611	*25,08 %*	Behindertenhilfe	14	*0,57 %*
Ambulante Operationen	247	*10,14 %*	Schlaganfall	14	*0,57 %*
Orthopädie	203	*8,33 %*	Wundmanagement	13	*0,53 %*
Herz- und Kreislauf-erkrankungen	165	*6,77 %*	Fachübergreifende Behandlung	9	*0,37 %*
Chirurgie	158	*6,49 %*	Tinnitus	8	*0,33 %*
Krebserkrankung	100	*4,11 %*	Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit	7	*0,29 %*
Psychische Erkrankungen	100	*4,11 %*	Arzneimitteltherapie	7	*0,29 %*
Gynäkologie	94	*3,86 %*	Kopfschmerzen und Migräne	7	*0,29 %*
Bandscheiben	73	*3,00 %*	Darmerkrankungen	5	*0,21 %*
Muskel- und Skelett-erkrankungen	68	*2,79 %*	Zahnbehandlung	5	*0,21 %*
Gefäßerkrankungen	62	*2,55 %*	Osteoporose	4	*0,16 %*
Homöopathie	62	*2,55 %*	Pflegeheimbewohner	4	*0,16 %*
Schwangerschaft	42	*1,72 %*	Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit	3	*0,12 %*
Augenerkrankungen	35	*1,44 %*	Demenzerkrankungen	3	*0,12 %*
Kurzstationäre Behandlung	35	*1,44 %*	Palliativmedizin	3	*0,12 %*
Atemwegserkrankungen	33	*1,35 %*	Präventivmedizin	3	*0,12 %*
HNO	33	*1,35 %*	Ambulante Hospizbetreuung	2	*0,08 %*
Rückenschmerzen	30	*1,23 %*	Arthrose	2	*0,08 %*
Urologie	29	*1,19 %*	Hauterkrankungen	2	*0,08 %*
Diabetes	28	*1,15 %*	AIDS	1	*0,04 %*
Essstörungen	26	*1,07 %*	Hormonstörungen	1	*0,04 %*
Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose	25	*1,03 %*	Psychosomatische Erkrankungen	1	*0,04 %*
Rheuma	21	*0,86 %*			
Hausarztzentrierte Versorgung	19	*0,78 %*	**Summe**	**2.436**	***100 %***
Schmerzlindernde Behandlung	19	*0,78 %*			

Quelle: http://www.krankenkassenratgeber.de/iv.php, Stand: 31. Januar 2007.

309. Der überwiegende Teil der indikationsbezogenen Verträge betrifft chirurgische Eingriffe. Bei diesen Indikationen ist die Aufgabenverteilung zwischen den Sektoren gut definierbar, der Aufwand überschaubar und die Ergebnisse lassen sich einfach überprüfen. Ein Viertel der Verträge haben Hüft- und Kniegelenke (Endoprothetik) zum Gegenstand. Direkte Vertragspartner sind dabei entweder einzelne Akutkrankenhäuser, die mit Kooperationsverträgen Reha-Einrichtung und niedergelassene Ärzte in die Versorgung einbinden, oder es werden mehrseitige Verträge geschlossen. Bei den Leistungen in den einzelnen Behandlungsschritten, wie der Akutphase mit Operation, der Frührehabilitation, der Anschlussrehabilitation und der folgenden ambulanten Rehabilitation erfolgt die Vergütung mit einem Pauschalpreis (Komplexpauschale). Die Krankenkassen fordern häufig eine Gewährleistung für die eingesetzten Prothesen. In jüngster Zeit weichen die Krankenkassen aber von einer Pflicht zur Gewährleistung ab und vereinbaren stattdessen Qualitätsziele, wie zum Beispiel die Quote des Prothesenversagens und die Infektionsrate (Strauch-Eckmann 2006; Berghöfer 2005). Ein viel zitiertes Beispiel stellt das Projekt zur integrierten Versorgung Endoprothetik Münster dar – ein Vertrag zwischen der Barmer Ersatzkasse (BEK), der St. Franziskus-Stiftung und der inoges AG (Dolderer et al. 2006). Im Unterschied zur herkömmlichen Versorgung unterstützt ein Case Manager die teilnehmenden Versicherten bei den Übergängen an den einzelnen Sektorengrenzen. Die Abstimmung der Leistungserbringer untereinander und das Case Management führten im Vergleich zur Regelversorgung, laut einer Evaluation des Projekts, zu einer signifikant höheren Zufriedenheit und selbst eingeschätzter Gesundheit der Patienten, zu kürzeren Verweildauern und zu einer Kosteneinsparung von mehr als zehn Prozent. Ein Vergleich der medizinischen Ergebnisse mit der herkömmlichen Versorgung steht allerdings noch aus (Institut für Strategieentwicklung 2006). Zunehmend umfassen die Versorgungsverträge auch internistische und psychische Erkrankungen mit einem Schwerpunkt bei der Behandlung von Herz-, Kreislauf- und Krebserkrankungen (Hamdad 2006). Beispiele dafür bilden das Norddeutsche Herznetz, das mammaNetz Augsburg, das Psychiatrisch-Psychotherapeutische Netzwerk in Mecklenburg-Vorpommern oder die Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (Weatherly et al. 2007).

310. In der populationsbezogenen integrierten Versorgung steht die ambulante Versorgung im Vordergrund und damit der Hausarzt, da ihn der Patient in der Regel bei einem gesundheitlichen Problem zuerst aufsucht. Je nachdem wie viel weitere Leistungserbringer aus anderen Fachgebieten und Sektoren an den Verträgen teilnehmen, desto komplexer gestalten sich die Strukturen und desto umfassender die Steuerung der teilnehmenden Patienten. Die einfachste Variante stellt ein rein hausarztzentriertes Modell dar, in dem lediglich vereinbart wird, dass der vom Versicherten gewählte Hausarzt als Gatekeeper fungiert und das Case Management übernimmt, falls eine fach- bzw. sektorübergreifende Behandlung erforderlich ist. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich dabei, zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen (siehe hierzu Unterkapitel 3.7).

311. Das hausarztzentrierte Modell im engeren Sinne lässt sich durch zusätzliche Module ergänzen, wodurch weitere Leistungserbringer aus anderen Fachrichtungen und Sektoren hinzutreten. Die Module regeln hauptsächlich die Versorgung der Versicherten bei bestimmten Krankheitsbildern oder Behandlungsarten. So nahm z. B. die AOK Baden-Württemberg in ihrem Modell einer hausarztbasierten integrierten Versorgung ein Modul für Patienten mit Rückenschmerzen auf. In dem Hausarztmodell der BEK wählt der Versicherte neben einem Hausarzt auch eine Hausapotheke, welche die vollständige Versorgung des Versicherten mit Medikamenten übernimmt (Schmitt 2006). Viele der erweiterten Hausarztmodelle gehen auf die Initiative von Ärztenetzen zurück, die sich unabhängig gegründet haben und unter den veränderten Rahmenbedingungen des GMG nun Verträge mit den Krankenkassen zur integrierten Versorgung abschließen. Mittlerweile existieren in Deutschland auch einige wenige regionale Modelle, die eine vollständige, integrierte Versorgung der teilnehmenden Versicherten in allen Leistungsbereichen anbieten (‚integrierte Vollversorgung'). Hierunter fallen z. B. die Gesundheitsnetze prosper bzw. proGesund der Knappschaft-Bahn-See, das Modell Gesundes Kinzigtal der AOK Baden-Württemberg oder die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Modell Herdecke (Greve 2006; Hermann et al. 2006; Weatherly et al. 2007).

312. Die Übergänge zwischen den populationsbezogenen Versorgungsformen sind fließend (Hildebrandt 2004). Aufgrund ihrer Komplexität werden die integrierten Vollversorgungsmodelle in absehbarer Zeit nur schwer eine große Verbreitung finden. Wo diese bereits existieren, geht dies auf besondere Umstände zurück, was eine einfache Übertragung der Modelle auf andere Regionen nicht erwarten lässt.[81] Mit den Wahltarifen des GKV-WSG erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihre verschiedenen einzelvertraglichen Regelungen in einem Paket den Versicherten anzubieten. So könnten die hausarztzentrierten Modelle sukzessive um Module aus den indikationsbezogenen integrierten Versorgungsverträgen, den Modellvorhaben oder den DMPs ergänzt werden. In einzelnen Regionen, in denen weitreichende Kooperationen mit Leistungserbringern bestehen sowie eine kritische Masse von Versicherten existiert, kann so ein Ausbau zu integrierten Vollversorgungsmodellen erfolgen.

Die Bedeutung der neuen Versorgungsformen

313. Die neuen Versorgungsformen bilden, wie Abbildung 5 zeigt, kein Randphänomen mehr in Deutschland. So nehmen geschätzt circa 4,07 Mio. Versicherte der

[81] So verfügt beispielsweise die Knappschaft-Bahn-See im Gegensatz zu anderen Krankenkassen über eigene Knappschaftskrankenhäuser sowie Rehabilitationskliniken und fungiert gleichzeitig zusammen mit dem Verband der Knappschaftsärzte als ‚kassenärztliche Vereinigung' für die circa 1 400 Knappschaftsärzte (Schoeller 2003; Greve 2006).

GKV (Stand: 1. Quartal 2007) an den Programmen zu den integrierten Versorgungsformen teil. Der mit Abstand größte Teil der Versicherten in der integrierten Versorgung ist in Hausarztmodellen eingeschrieben, circa 2 Mio. allein in das Hausarztmodell der BEK, das bereits im Jahr 2004 startete. Hinzu dürften noch zahlreiche Versicherte der hausarztbasierten integrierten Versorgung der AOK Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg und Sachsen hinzutreten (Redaktionsbüro Gesundheit Mai 2007). Damit befinden sich von den insgesamt 4,07 Mio. Versicherten über die Hälfte in Hausarztmodellen. So relativiert sich denn auch der strukturelle Vergleich der Verträge zu den integrierten Versorgungsformen nach dem Vertragsgegenstand: In den etwas mehr als 1 % der Verträge zur Hausarzt- und fächerübergreifenden Versorgung befindet sich der weitaus größte Teil der Versicherten. Die restlichen nahezu 99 % der Verträge umfassen somit nur sehr wenige Versicherte. Eine Schätzung auf Basis einer bundesweiten Umfrage unter den Krankenhäuser ergab etwa, dass im Jahr 2005 lediglich circa 59 000 Patienten in deutschen Krankenhäusern im Rahmen der integrierten Versorgungsformen behandelt wurden (Blum et al. 2006b).

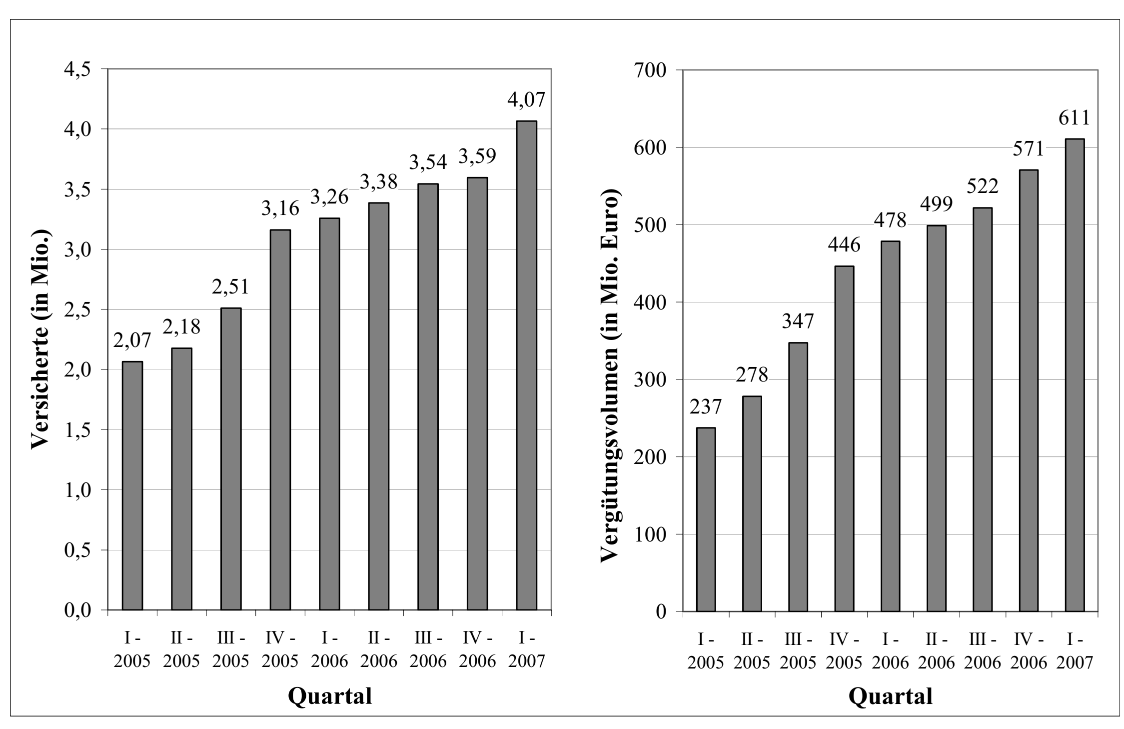
Ob die isolierten Verträge zur hausarztbasierten integrierten Versorgung tatsächlich als integrierte Versorgung nach § 140a SGB V gelten, ist umstritten. So urteilte etwa das Sozialgericht Gotha am 8. März 2006 über das Hausarztmodell der BEK, dass es sich dabei nicht um eine integrierte sondern um eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V handelt (Maus 2006). Im Gegensatz zu den integrierten Versorgungsformen können in der hausarztzentrierten Versorgung die Leistungserbringer nicht aus den Mitteln der Anschubfinanzierung vergütet werden. Die Krankenkassen dürften sich auch deshalb in der Werbung für diese Versorgungsform zurückhalten, so dass bisher lediglich 1,3 Mio. Versicherte daran teilnehmen (Redaktionsbüro Gesundheit Mai 2007).

314. Auf der Basis der geschätzten Teilnehmerzahlen an den integrierten Versorgungsformen wird das Vergütungsvolumen berechnet, dass aus der Anschubfinanzierung für die Vergütung der Leistungserbringer zur Verfügung steht. Seit Anfang des Jahres 2005 stieg das jährliche (geschätzte) Vergütungsvolumen der bei der BQS gemeldeten Verträge von 237 Mio. € auf 611 Mio. € (Stand: 1. Quartal 2007). Die Mittel der Anschubfinanzierung in Höhe von circa 700 Mio. € pro Jahr sind damit zu mehr als 87 % ausgeschöpft. Sollte allerdings eine Reihe der Hausarztmodelle nicht als Verträge nach § 140a SGB V gelten, müsste ein Großteil der von den Krankenkassen einbehaltenen Mittel zurückerstattet werden.

315. Neben den 4,07 Mio. Versicherten in den integrierten Versorgungsformen und den 1,3 Mio. Versicherten in der hausarztzentrierten Versorgung schrieben sich bis zum Ende des Jahres 2006 rund 2,69 Mio. Versicherte in die DMPs ein (Abbildung 6). Unterstellt man vereinfa-

Abbildung 5

Geschätzte Zahl teilnehmender Versicherter und jährliches Vergütungsvolumen in der integrierten Versorgung

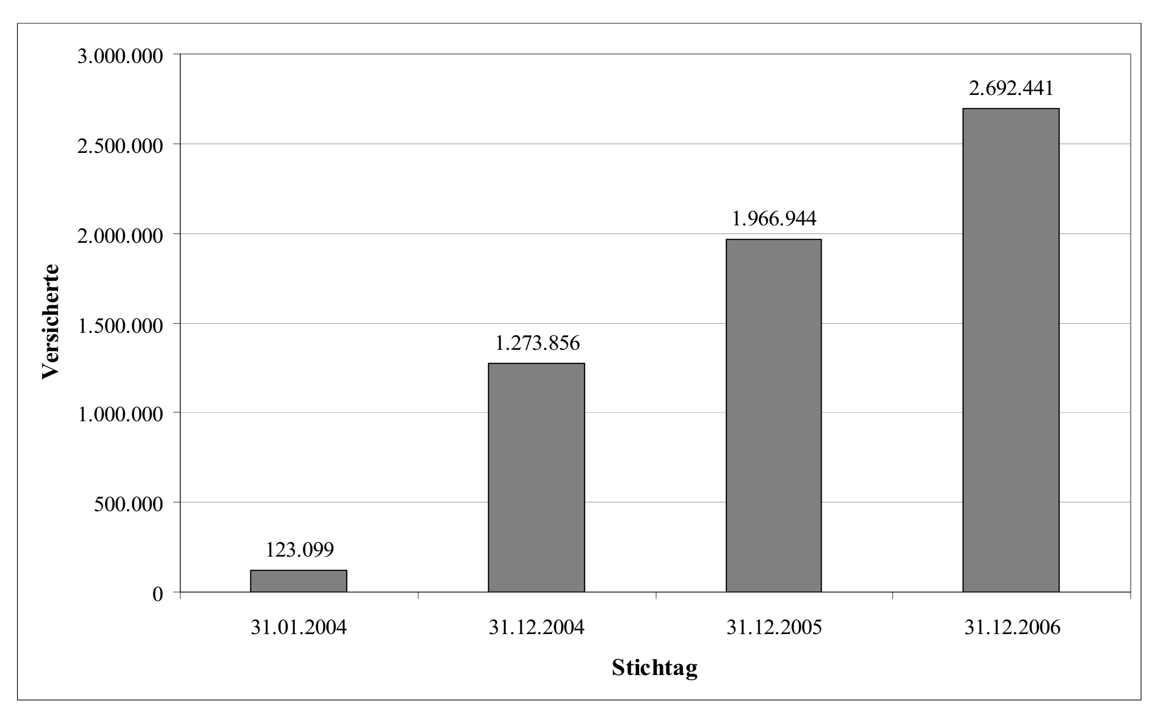


Quelle: Eigene Darstellung nach BQS 2007

Abbildung 6



Versicherte in den DMPs seit 2004



Quelle: BVA

chend, dass Versicherte nicht gleichzeitig an den integrierten Versorgungsformen und an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, ergibt sich eine geschätzte Gesamtzahl in den neuen Versorgungsformen von mehr als 8 Mio. Versicherten, was einem Anteil von mehr als 11 % aller gesetzlich Versicherten entspricht.

3.6 Disease Management-Programme als Variante integrierter Versorgung

3.6.1 Die Anreizstruktur durch Anbindung an den Risikostrukturausgleich

316. Für die DMPs, d. h. die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g SGB V, empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit „geeignete chronische Krankheiten“. Dabei soll die Auswahl dieser Krankheiten folgende Kriterien berücksichtigen:

– Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
– Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
– Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
– sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
– Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten sowie
– hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Die meisten dieser Kriterien besitzen auch für die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V bzw. für die entsprechenden Verträge Gültigkeit. Unter medizinischen und ökonomischen Aspekten stellen DMP insofern eine Variante integrierter Versorgung dar (so auch Stock et al. 2005). Sie unterscheiden sich von anderen Ansätzen integrierter Versorgung, wie z. B. den Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V und den integrierten Versorgungsformen, lediglich durch ihre Anbindung an den Risikostrukturausgleich (RSA) und die damit verbundenen Anreizstrukturen. Bei der folgenden Einstufung und Beurteilung der DMP geht es daher nicht um ihre grundsätzliche Berechtigung, die außer Frage steht, sondern speziell um die Anreize und Effekte, die aus ihrer Verknüpfung mit dem RSA resultieren (ähnlich Häussler/Berger 2004; Häussler et al. 2005).

317. Die Förderung der DMP im Rahmen des RSA erfolgt über eine spezielle Berücksichtigung der Patienten, die an diesen Programmen teilnehmen, in eigenen Risikoklassen, wobei die beim RSA übliche Erstattung der durchschnittlichen – und nicht der tatsächlich aufgewandten – Leistungsausgaben bestehen bleibt. Ohne die DMP enthält der RSA 670 Zellen,[82] mit denen er die

[82] Der RSA ordnet die Leistungsausgaben entsprechend den Risikofaktoren bestimmten Zellen zu. Die RSA-Zellen basieren zunächst auf folgenden drei Risikofaktoren Alter: 0 bis 90, Geschlecht: weiblich, männlich sowie Krankengeldanspruch: kein Anspruch, nach sechs Wochen, nach weniger als 6 Wochen. Die Kombination Alter (91), Geschlecht (2) und Krankengeldanspruch (3) ergibt 546 RSA-Zellen. Hinzu treten die RSA-Zellen für Erwerbsminderungsrentner für die Altersgruppen 35-65, d. h. 31x2x3=186. Von den somit insgesamt 732 (546+186) RSA-Zellen sind 62 Zellen nicht ermittelbar bzw. kaum besetzt, so dass 670 RSA-Zellen verbleiben.

Leistungsausgaben der Krankenkassen erfasst. Die Teilnahme bzw. Einschreibung in ein vom Bundesversicherungsamt akkreditiertes DMP führt pro Indikation zur Bildung einer zusätzlichen Kategorie im RSA. Für jedes DMP, das eine solche Bindung an den RSA findet, erhöht sich somit die Zahl der Zellen um 670. Eine Ausnahme bilden nur im RSA berücksichtigte DMP, in die sich nur Frauen oder Männer einschreiben können; so weist z. B. das DMP Brustkrebs nur 375 Zellen auf (vgl. Bundesversicherungsamt o.J.: 7). Mit den derzeit bestehenden DMP für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma sowie chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) belaufen sich die RSA-Zellen bereits auf 4 395 (6 x 670 + 1 x 375).

318. Die Patienten, die sich in die DMP einschreiben, nehmen freiwillig daran teil. Die Krankenkassen besitzen jedoch hohe finanzielle Anreize, die DMP flächendeckend umzusetzen, d. h. alle Patienten, die den medizinischen Kriterien genügen, zu einer Einschreibung zu bewegen. Die Krankenkasse erhält nämlich für jeden in ein DMP eingeschriebenen Patienten alters- und geschlechtsbezogen in der Regel höhere Zahlungen aus dem RSA als für die übrigen Patienten bzw. Versicherten. Wie Tabelle 8 ausweist, beträgt die Zuweisung aus dem RSA für eine 30 bzw. 50 oder 70jährige Patientin, die an Diabetes Typ 2 leidet, aber nicht in ein DMP eingeschrieben ist, wie für alle anderen weiblichen Versicherten gleichen Alters im Durchschnitt jährlich (2005) 1 418 € bzw. 1 587 € oder 2 839 €. Bei Einschreibung dieser Patienten in ein DMP erhöhen sich diese Beträge auf 2 920 € bzw. 3 473 € oder 4 250 €, d. h. um 205,8 % bzw. 214,4 % oder 143,8 % (siehe Tabelle 9).[83] Noch deutlicher fällt die entsprechende Steigerung bei Brustkrebs aus, denn bei dieser Krankheit lässt die Einschreibung in ein DMP die entsprechenden Beträge um 683,3 % bzw. 472,1 % oder 198,8 % anwachsen. Die durchschnittlichen Steigerungen über alle Versicherten bzw. Patienten liegen bei Diabetes Typ 2 bei 250 %, bei koronarer Herzkrankheit bei 252 % und bei Brustkrebs bei 376 %. In diesem Kontext gilt es noch zu berücksichtigen, dass mit steigender Zahl der in ein DMP eingeschriebenen Patienten die Zahlungen aus dem RSA für die Patienten bzw. Versicherten, die sich in keinem DMP befinden, bei gegebenem Finanzierungsvolumen zwangsläufig abnehmen. So sinkt z. B., wie Tabelle 8 zeigt, die Zuweisung aus dem RSA für eine 50 bzw. 70jährige Versicherte bzw. Patientin, die nicht an einem DMP teilnimmt, durch die RSA-Anbindung von 1 620 € auf 1 587 € bzw. von 2 956 € auf 2 839 €. Über alle Versicherten geht die Zuweisung von 1 769 € auf 1 702 €, d. h. von 100 % auf 96 %, zurück. Die Krankenkassen stehen somit hinsichtlich der Einschreibequote ihrer chronischen Patienten in einem intensiven Wettbewerb. Da Krankenkassen und Ärzte ein gleichgerichtetes Interesse an der Teilnahme möglichst vieler chronischer Patienten besitzen, bestehen zudem Manipulationsgefahren. Es widerspricht z. B. den Interessen der Beteiligten, Ärzte oder Patienten, die den Teilnahmebedingungen nicht (mehr) genügen, aus dem DMP auszuschließen.

[83] Für die anderen in die DMP einbezogenen Indikationen lagen für das Jahr 2005 noch keine Werte vor.

Tabelle 8

Beitragsbedarfe durch Anbindung der DMP an den RSA in Euro pro Jahr (2005)

Alter und Geschlecht / Programm		ohne Einschreibung in DMP	Diabetes Typ 2	Koronare Herzkrankheiten	Brustkrebs	Mittelwert
30	F	1.418	2.920	3.451	9.695	1.419
	M	737	2.462	3.746		737
50	F	1.587	3.473	4.350	7.647	1.620
	M	1.559	3.539	4.153		1.600
70	F	2.839	4.250	4.418	5.878	2.956
	M	3.306	4.715	4.238		3.441
Ø	F	1.796	4.334	4.358	6.650	1.858
	M	1.594	4.530	4.527		1.669
	Z	1.702	4.427	4.463	6.650	1.769

Berechnet aus endgültigen standardisierten Leistungsausgaben für Kassenart GKV u. Satzart 40.
Quelle:Bundesversicherungsamt 2006, eigene Berechnungen

Tabelle 9

Prozentuale Veränderung der Beitragsbedarfe durch Anbindung der DMP an den RSA (2005)

Alter und Geschlecht / Programm		ohne Einschreibung in DMP	Diabetes Typ 2	Koronare Herzkrankheiten	Brustkrebs	Mittelwert
30	F	99,9%	205,8%	243,2%	683,3%	100%
	M	99,9%	333,9%	508,0%	0,0%	100%
50	F	98,0%	214,4%	268,5%	472,1%	100%
	M	97,4%	221,1%	259,5%	0,0%	100%
70	F	96,0%	143,8%	149,5%	198,8%	100%
	M	96,1%	137,0%	123,2%	0,0%	100%
Ø	F	96,7%	233,3%	234,6%	358,0%	100%
	M	95,5%	271,4%	271,3%	0,0%	100%
	Z	96%	250%	252%	376%	100%

Berechnet aus endgültigen standardisierten Leistungsausgaben für Kassenart GKV u. Satzart 40.
Quelle: Bundesversicherungsamt 2006, eigene Berechnungen

Für die eingeschriebenen Patienten erzielen die Krankenkassen positive Deckungsbeiträge, wenn es ihnen gelingt, diese mit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben ihrer RSA-Ausgleichsgruppe zu versorgen (Stock et al. 2005). Dies setzt für die Krankenkassen zunächst Anreize, die Deckungsbeiträge über die Vermeidung bzw. Begrenzung von Ausgaben zu erhöhen, d. h. die DMP auf einem qualitativ niedrigen Niveau durchzuführen (Greiner 2005). Einen ähnlichen Effekt können die Krankenkassen dadurch erzielen, dass sie sich auf die Einschreibung von Patienten konzentrieren, die an nur leichten chronischen Krankheiten leiden, d. h. die Einschreibekriterien knapp erfüllen (Wille/Resch 2005). Patienten mit leichten Erkrankungen oder mit hoher Compliance weisen ohnehin ein stärkeres Interesse an einer Teilnahme in DMP auf als solche mit schweren Erkrankungen oder mit niedriger Compliance (Schönbach 2003). Empirische Befunde deuten ebenfalls darauf hin, dass die bisherigen DMP eines Bias in Richtung leichterer chronischer Erkrankungen, d. h. etwas pointiert formuliert ‚gesunder Chroniker', aufweisen (Häussler/Berger 2004). Statt des eigentlich mit den DMP angestrebten Qualitätswettbewerbs droht somit aufgrund der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bei mittelmäßigem Versorgungsniveau ein Einschreibewettbewerb der Krankenkassen[84], dessen Dokumentationsaufwand erhebliche Ressourcen beansprucht.

319. Die Beschränkung der DMP auf nur sechs chronische Krankheiten drohte schon zu Beginn asymmetrische Effekte zu erzeugen, die sich nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen niederschlagen können (JG 2003, Ziffer 175). Diese ungleichgewichtigen Effekte treten vor allem dann auf, wenn ein DMP wegen festgestellter Unterversorgung neben dem Dokumentationsaufwand noch zusätzliche Ressourcen benötigt. Bei gegebenen Budgets im stationären und ambulanten Sektor verbleibt dann für die übrigen (chronischen) Krankheiten ein geringerer Ressourcenfundus. Diese asymmetrische Wirkung des DMP-Konzeptes wiegt inzwischen insofern noch schwerer, als die ursprünglich geplante Ausweitung der DMP über sieben auf noch mehr chronische Krankheiten unterblieb. Dieser Nachteil trifft nicht nur die Patienten, die an anderen (chronischen) Krankheiten leiden, sondern auch die betreffenden spezialisierten Leistungserbringer, d. h. von den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bis zur pharmazeutischen und Medizinprodukteindustrie. Schließlich profitieren von der Anbindung der DMP an den RSA die Krankenkassen mit einem vergleichsweise überproportionalen Anteil an Patienten, die diese sechs Krankheiten aufweisen, während Krankenkassen mit einem entsprechenden Anteil an Patienten mit anderen chronischen Krankheiten geringere Einnahmen erzielen und dadurch wettbewerbliche Nachteile erleiden.

320. Der Zwang der Krankenkassen, möglichst viele Patienten bzw. chronisch Kranke in ein DMP einzubinden, führte auch zu den weitgehend uniformen Vertragsabschlüssen mit den KVen, denn nur diese können ein flächendeckendes Ärzte- und Patientenkollektiv für die gewünschten Einschreibungen aktivieren. Nachdem die KVen merkten, dass die Krankenkassen bei den DMP auf sie als Vertragspartner kaum verzichten konnten, nutzten sie ihren Verhandlungsspielraum für vorteilhafte Vertragsbedingungen (Gerst/Korzilius 2005). In diesem Zusammenhang beklagen die Krankenkassen, dass die KVen zuweilen nicht „vor DMP-Boykottdrohungen" zurückscheuen, „um Forderungen in anderen Vertragsbereichen durchzusetzen" (Kippert/Kumpf 2005: 3). Zudem senken

[84] So sieht z. B. der Hausarzt-Vertrag der Barmer Ersatzkasse vor, dass ein teilnehmender Hausarzt einen (zusätzlichen) Betrag in Höhe von 5,10 € pro Quartal und pro DMP-Teilnehmer erhält, wenn die Anzahl der teilnehmenden Versicherten einen Anteil von 40 % der potentiellen DMP-Teilnehmer dieses Hausarztes überschreitet.

diese Kollektivverträge den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen bei der Vertragsgestaltung und Akkreditierung der DMP, was vor allem für kleinere Krankenkassen entscheidungsrelevante Bedeutung erlangen kann (Greiner 2005). Diese uniforme Ausgestaltung der DMP verhindert sowohl dezentrale, wettbewerbliche Suchprozesse nach der besten Versorgung als auch die Auswahl der jeweils optimalen Behandlungsform. Der im Rahmen der DMP nahezu völlige Verzicht auf wettbewerbliche Strukturen bzw. auf konkurrierende dezentrale Suchverfahren lässt beachtliche Potentiale für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung ungenutzt (Jacobs 2003).

3.6.2 Potentielle und tatsächliche Effekte

321. Über die potentiellen Effekte, die DMP im Sinne einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung erzeugen können, existiert in Wissenschaft und Politik kein Dissens. Im amerikanischen Gesundheitswesen nahmen Anzahl und Verbreitung von DMP im letzten Jahrzehnt stark zu, so dass bereits im Jahre 2001 97 % aller Managed Care-Versicherungen DMP anboten (America's Health Insurance Plans 2004).[85] Dabei lag das Schwergewicht auf den Indikationen Diabetes und Asthma (Walker 2006). Die Tatsache, dass die Urteile über die tatsächlichen Wirkungen von DMP weit weniger einheitlich und teilweise sogar kontrovers ausfallen, geht vor allem auf folgende Faktoren zurück:

– Die Evaluationen und die auf ihnen aufbauenden Metaanalysen beziehen sich auf unterschiedliche Indikationen und hierbei teilweise auf relativ homogene, teilweise aber auch auf sehr heterogene Patientenkollektive. Untersuchungen zu unterschiedlichen und weit auseinander liegenden Zeitpunkten implizieren verschiedene Niveaus von möglichen Lerneffekten.

– Die Einbindung aller Beteiligten und hier insbesondere die engagierte Mitwirkung der Ärzte, die Kooperation an den Schnittstellen sowie die Aktivierung und Compliance der Patienten mit Hilfe spezieller Schulungsprogramme bilden zentrale Erfolgsfaktoren für ein DMP. Divergierende Anreizsysteme und Erwartungen der Beteiligten führen insofern zu stark abweichenden Ergebnissen.

– Selbst wenn sich einige Erfolgsindikatoren spürbar bessern, herrscht häufig Unklarheit über die kausalen Beziehungen zwischen den Einflussgrößen und den finalen Wirkungen. Es bleibt dann z. B. unklar, ob die erzielten Verbesserungen auf das DMP als Managed Care-System oder nur auf einige wenige Maßnahmen, wie z. B. die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien oder nur auf eine effizientere und effektivere Pharmakotherapie zurückgehen. Um solche isolierten Maßnahmen zu implementieren, bedarf es nicht zwangsläufig eines DMP.

Diese inhaltlichen Abweichungen und methodischen Probleme mögen zumindest teilweise erklären, dass hinsichtlich der Kosteneffektivität, d. h. des Verhältnisses von gesundheitlichen Outcomes zu Ressourcenaufwand, einige Metaanalysen den DMP durchweg positive Wirkungen bescheinigen (Weingarten et al. 2002; Gillespie 2002, Ofman et al. 2004), während nach anderen Auswertungen auf der Basis von Metaanalysen und Reviews der „Effekt der DMP's eher gering" ausfällt (Fischer et al. 2005: 17). Nach einer Studie der WHO besitzen DMP keinen signifikanten Einfluss auf die Reduktion der Morbidität (Velasco-Garrido 2003), wohingegen eine andere Metaanalyse bei Herzinsuffizienz den DMP diesen Effekt attestiert (Roccaforte 2005). Einige Studien schreiben den DMP ein Erhöhung der Lebensqualität zu (Bodenheimer 2000; Jowers 2000; Walker et al. 2003; Delaronde 2005), die eine andere Evaluation bei Herzinsuffizienz wiederum kaum feststellen konnte (Smith et al. 2005).

322. Auf der Ressourcenseite führen mehrere Studien als Effekte von DMP den Rückgang von Krankenhausaufenthalten bzw. -einweisungen und -tagen sowie Notfällen an (siehe u. a. Ignagni 2001; Ahmed 2002; Benko 2002). Sie gelangen entsprechend zu dem Befund, dass DMP die Kosten der Behandlung chronisch kranker Patienten senkt (siehe zusätzlich Suh et al. 2000; Krause 2005).[86] Eine andere Studie ermittelte allerdings, dass Kosteneinsparungen nur bei knapp der Hälfte der Diabetesprogramme und nur bei ca. einem Viertel der Asthmaprogramme erzielt werden konnten (Bodenheimer 2000).

323. Obgleich sich Erfahrungen aus dem amerikanischen Gesundheitswesen wegen der stark abweichenden Rahmenbedingungen nur begrenzt auf die deutschen Verhältnisse übertragen lassen, zeigen die obigen Befunde gleichwohl, dass DMP grundsätzlich, d. h. bei geeigneten Anreizstrukturen, die Effizienz und Effektivität auch des deutschen Gesundheitswesens verbessern können (Raspe et al. 2004). Hierfür sprechen auch die Ergebnisse einer Evaluation des Diabetes Modellprojektes in Sachsen-Anhalt, das bei den teilnehmenden Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Zeitraum vom 1. Quartal 2001 bis zum 4. Quartal 2002 Verbesserungen beim Blutzucker (HbA1c-Wert), bei den Blutdruckwerten sowie bei der Vermeidung von Unterzuckerungen und zudem noch (Netto-)Ausgabensenkungen ausweist (Eichenlaub et al. 2004; Eichenlaub/Steiner 2005).[87] Positive Effekte – auch bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand – zeigen ebenfalls patientenzentrierte verhaltensmedizinische Schulungsprogramme bei insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern (Tewes et al. 2005 und 2006). Wie bereits angedeutet, stehen auch nicht die DMP als solche zur Diskussion bzw. in der Kritik, sondern ihre derzeitige Ausgestaltung und hier insbesondere die Effekte, die aus ihrer Anbindung an den RSA und die

[85] Einige Autoren sprechen hier schon von einer zweiten Generation von Disease Management (Todd 2001).

[86] Nach einer schwedischen Studie nahmen die Krankenhauseinweisungen und mit ihnen die Gesamtkosten trotz eines Anstiegs der Arzneimittelausgaben und der Hausarztbesuche ab (Tunsäter et al. 2006).

[87] Das neue DMP für Diabetes mellitus 2 nach § 137f-g SGB V schloss dann zwar im Frühjahr 2003 an dieses erfolgreiche Modellprojekt an, das aber ursprünglich unter anderen Rahmenbedingungen startete.

damit einhergehende Uniformität bzw. mangelnde Risikostratifizierung erwachsen. So sind Patienten, für die eine DMP-Versorgung besonders hohe Chancen einer Verbesserung bietet, in den Programmen unterrepräsentiert.

324. Auf die Notwendigkeit einer ausgeprägten Risikostratifizierung weisen auch die Ergebnisse der DETECT-Studie (Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment; siehe Wittchen et al. 2006). Es handelt sich hier um eine bundesweite Versorgungsstudie über Diabetes mellitus und koronare Herzkrankheit mit 55 518 Hausarztpatienten in 3 795 Arztpraxen. Dabei ziehen die Autoren u. a. das Fazit, dass „die überaus häufigen komplexen Komorbiditätsmuster bei einem Großteil der Hausarztpatienten“ es fraglich erscheinen lassen, „ob die Einführung vielfältiger diagnosebezogener Disease Management Programme ein geeignetes Mittel zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität sein kann. DETECT lässt eher die Notwendigkeit für Case- und Patientenmanagement Programme erkennen“ (ebenda:. 6). So weisen in der Studie die Mehrzahl der Diabetes mellitus Patienten mehr als vier Risikofaktoren auf: z. B. über 60 % einen zu hohen Blutdruck, über 70 % Adipositas, über 50 % Fettwechselstörungen. Auch in dem DMP koronare Herzkrankheit erklärten in einer Umfrage Patienten, die an dem entsprechenden ‚AOK-Curaplan‘ teilnahmen, zusätzlich an Bluthochdruck (71 %) zu leiden; fast genau so oft trat nach diesen Angaben ein erhöhter Cholesterinspiegel auf und ein Drittel der Teilnehmer war Diabetiker und ein ähnlicher Anteil übergewichtig. (Kolpatzik/Willenborg 2006).

Ähnlich kritisch zu den DMP äußerten sich die Referenten auf dem 5. deutschen Kongress für Versorgungsforschung im Mai 2006 in Ludwigshafen (FAZ 2006). Mit Ausnahme von zuvor extrem schlecht eingestellten Zuckerkranken ließen sich Qualitätsverbesserungen, die aus den DMP resultieren, nur schemenhaft erkennen. Bei Herzinfarktpatienten profitierten diejenigen am wenigsten, die wegen ihres hohen Risikos einer Therapie am meisten bedürfen. In einer Umfrage zum DMP[88] Diabetes Typ 2 erblickten nur 4 % der Hausärzte und 2 % der Schwerpunkt-Diabetologen hierin eine „hilfreiche Versorgung“. Dagegen sahen 37% der Hausärzte und 54 % der Diabetologen eine Verschlechterung der Versorgung durch das DMP Diabetes (Schulze 2004: 543). Zudem kritisierten in diesem Kontext sowohl Hausärzte als auch Diabetologen, dass die in dem DMP Diabetes anzuwendenden Leitlinien hinter jenen der Fachgesellschaften zurückblieben.

325. § 137f Abs. 4 SGB V verpflichtet die Krankenkassen oder ihre Verbände, eine externe Evaluation der Programme durch unabhängige Sachverständige „auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen“. Die Evaluation bildet damit ein Zulassungskriterium für die DMP. Ihr fällt vornehmlich die Aufgabe zu, die Erreichung der Programmziele, die Einhaltung der Einschreibekriterien und die Entwicklung der Kosten zu überprüfen. Dabei soll die Evaluation Veränderungen der subjektiv empfundenen Lebensqualität der Patienten mit Hilfe von Befragungen ermitteln und Zusammenhänge mit den erhobenen medizinischen Inhalten und den Kosten aufzeigen. Mit den Zwischenberichten zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs ist frühestens zum 1. April 2007 zu rechnen (Börner/Richter 2007). Erste Publikationen der Krankenkassen weisen neben einer gestiegenen Zufriedenheit der Patienten auf Verbesserungen beim Bluthochdruck, den Langzeit-Blutzuckerwerten (HbA1c) und der Vermeidung von Stoffwechsel-Entgleisungen hin (Willenborg 2006). Abgesehen davon, dass es sich hier um kurzfristige Surrogatparameter handelt, die kaum Schlüsse auf Langzeitfolgen zulassen, bleibt völlig offen, ob es zur Realisierung dieser Ergebnisse der verwaltungsaufwendigen DMP bedurfte.

326. Die adäquate Benchmark zu den DMP bildet nicht der Verzicht auf Disease Management, sondern Modellvorhaben, integrierte Versorgungsformen und in deren Kontext Case Management. In diesem Kontext gilt es auch zu berücksichtigen, dass einige KVen bereits vor Einführung der DMP nach § 137f-g SGB V erfolgreiche Programme für chronisch Kranke über Strukturverträge und Modellvorhaben durchführten. Im Rahmen von Diabetesprogrammen strukturierten sie z. B. die ambulante Versorgung neu, verbesserten die interdisziplinäre Koordination und stärkten die Kompetenz der Patienten durch Schulungsmaßnahmen (siehe neben Eichenlaub et al. 2004 auch Altenhofen 2002). Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bestehenden DMP-Indikationen um Module wie Herzinsuffizienz und Adipositas zu erweitern (Willenborg 2006; Börner/Richter 2007), geht vor dem Hintergrund der ausgeführten kritischen Anmerkungen zwar in die richtige Richtung, vermag aber die ordnungspolitischen Konstruktionsfehler der DMP nicht zu beseitigen.

327. Angesichts der Tatsache, dass Disease Management medizinisch wie ökonomisch eine Variante integrierter Versorgung bildet, gibt es keine überzeugenden Gründe, zwischen Disease Management und anderen Formen integrierter Versorgung institutionell zu trennen und spezielle DMP mit anderen Anreizmechanismen auszustatten. Der starke finanzielle Anreiz, der bei den DMP von ihrer Anbindung an den RSA ausgeht, dominiert ohne erkennbare funktionale Fundierung andere – möglicherweise aussichtsreichere – Formen integrierter Versorgung. So schließen Krankenkassen nur noch selten Verträge für integrierte Versorgungsformen, wenn es bereits DMP gibt. Zumindest führt die Anbindung der DMP an den RSA innerhalb der integrierten Versorgung vom Anreizsystem her zu Wettbewerbsverzerrungen.

Wie die Ausführungen zu den integrierten Versorgungsformen belegen, reichen die Anreize der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V offensichtlich aus, um eine Vielzahl an indikationsbezogenen Vorhaben bzw. Verträ-

[88] An dieser Umfrage Ende 2003 in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen beteiligten sich 1 569 Ärzte, darunter 1 193 eingeschriebene Hausärzte (mit durchschnittlich 85 Patienten) und 94 eingeschriebene Schwerpunkt-Diabetologen (Praxen mit durchschnittlich 275 Patienten).

gen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu induzieren. Ein Mangel scheint eher an populationsbezogenen Ansätzen zu bestehen. Hier vermögen aber auch die DMP von ihrer Konzeption her keine Abhilfe zu schaffen. Diese Überlegungen legen nahe, die Anbindung der DMP an den RSA aufzulösen und diese in die integrierten Versorgungsformen einzugliedern.

328. Sofern der RSA, wie die Bundesregierung beabsichtigt, eine Ausdifferenzierung bzw. Ausweitung der Morbiditätsindikatoren durch das im GKV-WSG vorgesehene Versichertenklassifikationsmodell erfährt, erübrigt sich eine Anbindung der DMP an den RSA ohnehin. Andernfalls würden die betreffenden chronischen Krankheiten doppelt berücksichtigt bzw. ausgeglichen. Um keine Anreize für eine medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung zu schaffen und Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden, soll das anvisierte Modell in prospektiver Ausgestaltung 50 bis 80 insbesondere chronische Krankheiten sowie solche mit schwerwiegendem Verlauf umfassen, „bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen“. Dabei bleibt vor allem unklar, ob die betreffenden Berechnungen ohne oder mit einer alters- und geschlechtsspezifischen Orientierung erfolgen. Für die DMP sieht das Gesetz dann (nur noch) Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung „medizinisch notwendiger Aufwendungen wie Dokumentations- und Koordinationsleistungen“ vor.

329. Insgesamt gesehen taucht unbeschadet einiger Verbesserungen der Versorgung bei den DMP unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten die Frage auf, ob die insgesamt erzielten Ergebnisse den erheblichen Verwaltungsaufwand lohnen.[89] Zudem fehlt den DMP als flächendeckende uniforme Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eine wettbewerbliche Orientierung. Infolge der starken finanziellen Anreize durch die Anbindung an den RSA dominieren die DMP dezentrale wettbewerbliche Suchprozesse, die vielfach eher eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung versprechen. Die DMP lassen damit das wettbewerbliche Rationalisierungspotential unausgeschöpft. Es gibt in funktionaler Hinsicht keinen Grund, sechs spezielle DMP vom Anreizsystem her anders zu stellen als andere integrierte Versorgungskonzepte, die teilweise ebenfalls chronische Krankheiten beinhalten.

3.7 Erfahrungen mit Managed Care-Ansätzen in der Schweiz und den USA

3.7.1 Die schweizerischen Ansätze

330. Die Schweiz ist das erste europäische Land, das Managed Care-Modelle umsetzte. So wurde bereits zu Beginn des Jahres 1990 eine Health Maintenance Organisation (HMO) in Zürich gegründet. Die gesetzlichen Grundlagen dafür schuf der Gesetzgeber per Verordnung im Jahr 1989. Zuvor hatte eine Initiative der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) Versicherte, Leistungserbringer und Gesetzgeber von der Idee des Managed Care überzeugt. Das im Jahr 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) übernahm diese Regelungen (Baumberger 1996).

3.7.1.1 Gesetzliche Grundlagen

331. Im Jahre 1994 verabschiedete das Parlament der Schweiz das KVG, das eine umfassende Revision des schweizerischen Gesundheitswesens in die Wege leitete. Zuvor bestand das schweizerische Gesundheitswesen aus einem Mosaik von 26 kantonalen Gesundheitswesen (Reinhardt 2004), in denen vor allem der unzureichende Ausgleich zwischen Menschen mit niedrigem und hohem Risiko, Jungen und Alten sowie Armen und Reichen bemängelt wurde. Das KVG legte die Grundlagen für eine bundeseinheitliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung. Folgende Ziele strebte der Gesetzgeber mit dieser Reform an:[90]

– Stärkung der Solidarität,

– Eindämmung der Kostenentwicklung und

– Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden Versorgung.

332. Das Krankenversicherungssystem der Schweiz wird als ein Modell des regulierten (oder auch gelenkten) Wettbewerbs angesehen (Gerlinger 2003; Spycher 2004a). Das KVG verpflichtet jeden Bürger, eine obligatorische Krankenpflegevollversicherung (OKP) abzuschließen (Artikel 3 KVG), wobei derzeit 85 Versicherungsunternehmen zugelassen sind (Bundesamt für Gesundheit 2007). Der Leistungsumfang in der OKP ist für alle Versicherten identisch und enthält im Vergleich zu Deutschland zusätzlich Pflegeleistungen. Allerdings sind, bis auf wenige Ausnahmen, die zahnärztliche Behandlung und das Krankentagegeld kein Bestandteil des Grundleistungskatalogs (Artikel 1a Abs. 2 und Artikel 25-31 KVG). Die Versicherungen dürfen Zusatzversicherungen anbieten, die über die im Gesetz genannte Leistungen hinausgehen (Artikel 12 Abs. 2 KVG). Die Versicherungsunternehmen dürfen nur mit diesen Zusatzversicherungen Gewinne erwirtschaften (Artikel 13 Abs. 2).[91]

Es besteht ein Kontrahierungszwang, das heißt, die Versicherer müssen jeden Versicherten unabhängig von deren Gesundheitszustand und Einkommen in der OKP versichern (Artikel 4 KVG). Die Prämie, die die Versicherten in der OKP zu entrichten haben, hängt dabei lediglich vom Wohnort und von der Wahl der Versicherungsform ab (Artikel 61 und 62 KVG). Sie wird deshalb auch als

[89] Nach Angaben des Schätzerkreises der gesetzlichen Krankenkassen betragen die Verwaltungs- und Dokumentationskosten ca. 160 € pro Patient (Rabbata 2004), d. h. bei 2,7 Mio eingeschriebenen Patienten ca. 432 Mio €.

[90] Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1994 (BBI 1992 93).

[91] Die Zusatzversicherungen unterliegen dem allgemeinen Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das weitgehend Vertragsfreiheit garantiert.

Kopfpauschale bezeichnet (Spycher 2004b). Versicherte mit niedrigem Einkommen erhalten von den Kantonen einen Prämienzuschuss, wobei es jedoch im Ermessen der Kantone liegt, wie dies geschieht (Artikel 65-66 KVG).

Der Gesetzgeber unterscheidet mehrere Versicherungsformen in der OKP, unter denen die Versicherten frei wählen können (Artikel 62 KVG). Die ‚ordentliche Versicherung' sieht einen jährlichen absoluten Selbstbehalt (‚Jahresfranchise') in Höhe von 300 Schweizer Franken und darüber hinaus eine prozentuale Zuzahlungen in Höhe von 10 % vor. Die prozentuale Zuzahlung ist auf einen jährlichen Höchstbetrag von 700 Schweizer Franken beschränkt (Artikel 64 KVG und Artikel 103 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)). Die Versicherten können auch höhere Selbstbehalte wählen (‚wählbare Jahresfranchise'), wodurch sich ihre Versicherungsprämien entsprechend reduzieren (Artikel 62 KVG).

Neben den Selbstbehalttarifen stehen den Versicherten noch zwei weitere Versicherungsformen offen, die der Gesetzgeber als ‚besondere Versicherungsformen' bezeichnet: Es handelt sich dabei um eine ‚Bonusversicherung' und eine ‚Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer' (Artikel 62 KVG). In einer Bonusversicherung erhalten die Versicherten Prämienrabatte, wenn sie über mehrere Jahre hinweg keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen (Zweifel 1987).

Mit dem Abschluss einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verzichten die Versicherten auf die freie Arztwahl (Artikel 41 Abs. 4 KVG). Bei den anderen Versicherungsformen können die Versicherten unter den ambulant tätigen Leistungserbringern ihres Wohnkantons frei wählen. Außerdem können sie auch innerhalb ihres Wohnkantons stationäre Leistungen in einem Krankenhaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Dies setzt nur voraus, dass das Krankenhaus auf der ‚Spitalliste' des Kantons steht (Artikel 41 Abs. 1-2 KVG).

3.7.1.2 Die Verbreitung von Managed Care-Modellen

333. Im Rahmen der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer bieten die schweizerischen Versicherungsunternehmen verschiedene Managed Care-Formen an, wie HMOs, Hausarztmodelle und Ärztelisten[92] (Baur 2005). Die Grenzen zwischen den einzelnen Managed Care-Modellen sind allerdings fließend. Insbesondere durch die zunehmende Vernetzung einzelner HMOs mit Hausarztpraxen sowie der Übernahme von Budgetverantwortung durch Hausarztmodelle lässt sich zwischen diesen beiden Formen nicht mehr klar trennen. Sinnvoller erscheint stattdessen eine Unterteilung in Modelle mit und ohne Budgetverantwortung (Baur 2005; Lehmann 2003).

Tabelle 10 gibt die wesentlichen Unterschiede zwischen diesen Formen wieder. Ärztelisten werden dabei zu den ‚anderen Formen' der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gezählt, die nur sehr wenige Managed Care-Elemente beinhalten. Darunter fallen ebenso Versicherungen mit einer vorgeschalteten Telefonberatung bzw. die Benennung eines beliebigen, selbst gewählten Hausarztes. Quantitativ dürften jedoch die Ärztelisten in dieser Gruppe überwiegen (Baur 2005).

[92] Auch als Light-Modelle bzw. Prefered-Provider-Organizations (PPO) bezeichnet.

Tabelle 10

Merkmale von HMOs, Hausarztmodellen und Ärztelisten in der Schweiz

	HMO	**Hausarztmodelle**	**Ärztelisten**
Organisationsform	Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten	Niedergelassene Ärzte, die sich auf regionaler Ebene zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben*	Von den Krankenkassen nach Kostenkriterien selektierte Leistungserbringer. (Ärzte und z. T. Krankenhäuser)
Vergütung	Finanzierung über Kopfpauschalen	Meist über die herkömmliche Einzelleistungsvergütung	Herkömmliche Einzelleistungsvergütung
Risikoübernahme	Budgetverantwortung	Nur vereinzelt Gruppen mit Budgetverantwortung, aber z. T. Erfolgsbeteiligung	Keine Budgetverantwortung
Einschränkung für die Versicherten	Versicherte müssen HMO zuerst aufsuchen.	Versicherte müssen benannten Hausarzt zuerst aufsuchen.	Versicherte wählen aus einer Ärzteliste von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern.

* Mittlerweile werden auch Hausarztmodelle mit einzelnen Hausärzten abgeschlossen, ohne dass diese in einer Gruppe organisiert sind (Giovanoli 2006).

Quelle: In Anlehnung an Baur 2005

334. Nach der anfänglichen Euphorie und der Hoffnung, schon bald werde Managed Care die vorherrschende Krankenversicherungsform der Schweiz sein (Böhlert et al. 1997), stellte sich Ernüchterung ein. Abbildung 7 (links) zeigt die Entwicklung des Marktanteils der einzelnen Versicherungsformen seit dem Jahr 1996 bezogen auf die eingeschriebenen Versicherten. Für die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entschieden sich im Jahr 2005 bereits 12,1 % aller Versicherten, jedoch ist diese Versicherungsform noch weit davon entfernt, den Markt zu dominieren. Ein Vergleich der Marktanteile der einzelnen Managed Care-Modelle untereinander verdeutlicht, dass sich in den letzten Jahren überproportional viele Versicherte für die ‚anderen Versicherungsformen' entschieden haben (Abbildung 7 rechts). Auf die gesamte Versichertenpopulation der Schweiz bezogen bedeutet dies, dass im Jahr 2005 6,7 % der Versicherten ein Hausarztmodell, 4,1 % eine ‚andere Versicherungsform' und lediglich 1,4 % eine HMO wählten. Der Verbreitungsgrad der Managed Care-Modelle differiert jedoch von Kanton zu Kanton stark: Während sich im Jahr 2005 in Uri nur 0,3 % der Versicherten[93] für ein Managed Care-Modell entschieden, liegt dieser Anteil in Thurgau bei 28,7 % (Bundesamt für Gesundheit 2007). Offenbar geht die relativ geringe Verbreitung dieser Modelle im Durchschnitt der gesamten Schweiz zu einem großen Teil auch auf ein fehlendes Angebot der Versicherungen bzw. Leistungserbringer zurück (Baur 2005).

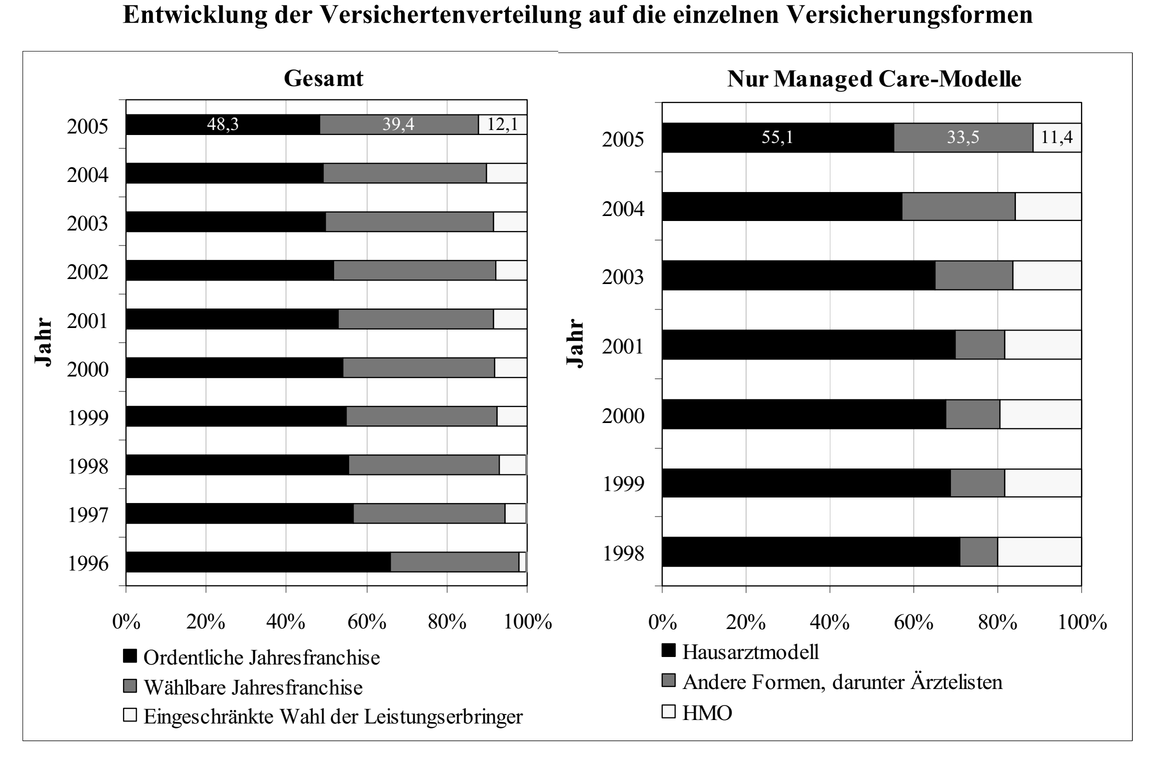
335. Die Studienlage zu Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekten der Managed Care-Modelle ist relativ dünn. Bisher gibt es lediglich eine umfassende Evaluation, die beide Aspekte berücksichtigt (Prognos AG 1998; Baur 2002). Diese bezieht sich jedoch nur auf die Jahre 1991 bis 1995, wobei sich die damals vorhandenen vier HMOs noch in der Pionierphase befanden und zudem noch keine Hausarztmodelle existierten (Baur 2005). Andere Studien untersuchen bestimmte Modelle einzelner Versicherungen bzw. einzelner regionaler Ärztenetze (Lehmann 2003; Kühne et al. 2003; Indra 2002; Hagenauer 2004). Eine Studie mit Versichertendaten der SWICA Gesundheitsorganisation bescheinigt vor allem den HMOs ein hohes Potential, die Behandlungskosten der Versicherten zu senken (Lehmann 2003). Danach wiesen HMO-Versicherte auch nach der Bereinigung um mögliche Risikoselektionseffekte[94] noch 40 % geringere Gesamtkosten als in der ordentlichen Versicherung auf. Dagegen liegen die bereinigten Behandlungskosten bei dem Hausarztmodell 10 % und bei der Ärzteliste 21 % unter den Kosten der ordentlichen Versicherung. Offenbar hat die Auswahl von kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern einen größeren Effekt auf die Behandlungskos-

[93] Versicherte ab einem Alter von 19 Jahren.

[94] In Wechsleranalysen wurde gezeigt, dass überwiegend Versicherte mit einem niedrigen Risiko in die alternativen Versicherungsformen abwandern (Prognos AG 1998; Lehmann 2003).

Abbildung 7

Entwicklung der Versichertenverteilung auf die einzelnen Versicherungsformen



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Bundesamt für Gesundheit 2007; Baur 2005; Münger et al. 2005; Berchtold/Hess 2006

ten als die Kooperation mit Ärztenetzen in einem Hausarztmodell.[95] Die Qualität der Managed Care-Modelle im Vergleich zur Standardversorgung analysierte die Studie nicht. Im Allgemeinen lassen sich jedoch bisher keine gravierenden Qualitätsdefizite erkennen und die Zufriedenheit der Patienten in den Managed Care-Modellen ist relativ hoch (Baur 2005). Zudem existiert mit der ‚Externen Qualitätssicherung in der Medizin' (EQUAM) eine Stiftung, die zumindest die Qualität der Strukturen und Prozesse von HMOs und Hausarztmodellen auf Wunsch zertifiziert.[96]

336. In der Schweiz wird das KVG zum Teil kontrovers diskutiert, da das Gesetz zwar die zwei Ziele Solidarität und Zugang weitestgehend realisierte,[97] es allerdings nicht gelang, den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu bremsen (Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001). Seit der Einführung des Gesetzes im Jahr 1996 bis zum Jahr 2005 stiegen die Bruttoleistungen je Versicherten[98] innerhalb der OKP jährlich um nominal 5,2 % (Bundesamt für Gesundheit 2007). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP nahm von 10,1 % im Jahr 1996 auf 11,6 % im Jahr 2004 zu. Der resultierende Anstieg der Prämien trifft bei einer Finanzierung über Kopfpauschalen insbesondere die Versicherten mit mittlerem Einkommen, die keinen Anspruch auf Prämienverbilligung besitzen. Es stellt sich daher die Frage, warum die Managed Care-Modelle, die über das Potential verfügen, die Kosten der Gesundheitsversorgung bei zumindest gleichbleibender Qualität zu senken, nur eine relativ geringe Verbreitung in der Schweiz fanden?

Die Anreize der Versicherten

337. Damit die Versicherten sich für die Teilnahme an Managed Care-Modellen entscheiden, müssen diese den Versicherten einen Vorteil gegenüber der regulären Versorgung bieten. Dieser Vorteil kann in einer höheren Qualität der Behandlung im Krankheitsfall, einem geringeren Versicherungsbeitrag oder einer geringeren Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten liegen. Die höhere Qualität der Behandlung und eine geringere Eigenbeteiligung spielt vor allem für Versicherte eine Rolle, die bereits erkrankt sind oder eine Krankheit erwarten. Ein geringerer Versicherungsbeitrag gewinnt dagegen eher für Versicherte mit niedrigem Risiko eine Bedeutung, da diese davon ausgehen können, in naher Zukunft keine Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Wechsleranalysen in der Schweiz deuten daraufhin, dass sich vor allem Versicherte mit niedrigem Risiko in die Managed Care-Modelle einschreiben (Prognos AG 1998; Indra 2002; Lehmann 2003). Zudem gelingt es nur unter hohen Marketingaufwendungen seitens der Versicherer und der Überzeugungsarbeit der Netzärzte, Versicherte zu einem Eintritt zu bewegen (Beck 2004). Dies kann als Indiz dafür gelten, dass es bisher nicht gelang, den Großteil der Versicherten von der Qualität der Versorgung in den Managed Care-Modellen zu überzeugen. Zu diesem Imageproblem trägt auch bei, dass diese Modelle im KVG als ‚Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer' fungieren (Artikel 62 KVG), was einen Verzicht suggeriert (Moser 2005).

338. Die freie Wahl der Leistungserbringer sehen die Versicherten als ein wertvolles Gut an (Nolting et al. 2005; Zweifel et al. 2006). Prämiennachlässe von 20 % und mehr genügten nicht, um die Managed Care-Modelle für den größten Teil der Versicherten attraktiv zu machen. Dementsprechend wird in der Schweiz gefordert, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherungsformen so geregelt wird, dass die erwirtschafteten Kostenvorteile von Managed Care-Modellen auch vollständig an die teilnehmenden Versicherten fließen können. Es gilt insbesondere eine direkte und indirekte Subventionierung konventioneller Versicherungsformen zu vermeiden. Dies stellt sicher, dass die Versicherten ihre Entscheidung für oder gegen Managed Care auf der Basis unverzerrter relativer Preise treffen können (Moser 2005; Bundesamt für Sozialversicherung – BSV 2001; Spycher 2004b). Die Finanzierung der öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Krankenhäuser (Betriebs- und Investitionsfinanzierung) erbringen in der Schweiz zur Hälfte die Kantone. Das heißt, eine stationäre Behandlung wird zu 50 % mit öffentlichen Mitteln subventioniert (Artikel 49 KVG). Diese Subvention verzerrt die relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Eine Versicherungsform wie die HMOs, die einen Großteil der Kosteneinsparungen realisieren, in dem unnötige Krankenhausaufenthalte verkürzt bzw. vermieden werden, kann so ihren Kostenvorteil nicht vollständig gegenüber anderen Versicherungsformen zur Geltung bringen. Ohne eine öffentliche Subventionierung von Krankenhausaufenthalten dürften die Prämien der Managed Care-Modelle die Prämien der konventionellen Versicherung noch deutlicher unterschreiten, was die Managed Care-Modelle für die Versicherten attraktiver werden ließe (Moser 2005; Bundesamt für Sozialversicherung – BSV 2001; Spycher 2004b).

339. Die starken regionalen Unterschiede im Verbreitungsgrad der Managed Care-Modelle sprechen jedoch dafür, dass es nicht nur an der Nachfrage, sondern auch am Angebot dieser Modelle mangelt. Das Angebot bestimmen dabei sowohl die Versicherer als auch die Leistungserbringer.

---

[95] Eine Ursache könnte sein, dass Hausarztmodelle vor allem mit Ärztenetzen bzw. -vereinen umgesetzt wurden, in denen in der jeweiligen Region nahezu alle einschlägigen, niedergelassenen Ärzte vertreten waren. Eine Konkurrenzsituation zwischen verschiedenen Hausarztmodellen konnte so nicht entstehen (Baur 2005).

[96] Als ein Merkmal der Ergebnisqualität wird lediglich die Patientenzufriedenheit gemessen. Siehe: http://www.equam.ch.

[97] Die in der Schweiz wahrgenommene erhöhte Solidarität durch das KVG beruht wohl in erster Linie darauf, dass der Leistungskatalog der Krankenversicherung ausgeweitet sowie vereinheitlicht und eine bundesweite Versicherungspflicht eingeführt wurde. Zudem schaffte das KVG die Abhängigkeit der Prämien vom Eintrittsalter und Geschlecht der Versicherten ab. Ob die schweizerische Krankenversicherung allerdings insgesamt eine hinreichende Solidarität aufweist, ist umstritten (Spöndlin 2006).

[98] Die Bruttoleistung enthält zusätzlich zu den bezahlten Leistungen der Versicherungen die Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

Die Anreize der Versicherungen

340. Die Versicherungsbeiträge in der Schweiz werden unabhängig vom Risiko eines Versicherten als Kopfpauschalen erhoben. Es bieten sich damit für jedes Versicherungsunternehmen zwei Möglichkeiten, Kostenvorteile im Wettbewerb um Marktanteile zu erlangen: Entweder durch die Akquisition guter Risiken oder durch innovative Versicherungsprodukte. Die Selektion guter Risiken verspricht eine schnelle und relativ sichere Verbesserung der eigenen Wettbewerbssituation, während sich die Suche nach und Implementierung von innovativen Versicherungsprodukten zeit- und fehleraufwändig gestaltet. Ein Risikoausgleich, der die erwarteten medizinischen Kosten eines Versicherten relativ zielgenau abbildet, stellt demnach eine notwendige Bedingung dar, dass sich die aus volkswirtschaftlicher Sicht ineffiziente Risikoselektion für die Versicherungsunternehmen nicht mehr lohnt. Vielmehr könnten so Versicherungsprodukte wie die Managed Care-Modelle einen deutlicheren Wettbewerbsvorteil bieten, wenn sie dabei helfen, die Behandlungskosten der Patienten zu senken. Der Risikostrukturausgleich in der Schweiz berücksichtigt lediglich das Alter sowie das Geschlecht der Versicherten (Artikel 105 KVG). Damit bleibt es aber für die Versicherungen nach wie vor attraktiv, Versicherungsprodukte anzubieten, die in erster Linie gesunde Versicherte attrahieren. Viele Versicherungen bieten deshalb Managed Care-Produkte auch gar nicht erst an (Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001; Baur 2005; Moser 2005; Beck 2006). Würde allein das Kriterium, ob ein Versicherter vor kurzem einen Krankenhausaufenthalt benötigte, in den Risikostrukturausgleich aufgenommen, so ließe sich sicherstellen, dass sich bei einem unterstellten Planungshorizont von fünf Jahren Risikoselektion nicht mehr lohnt (Beck et al. 2006).

Die Anreize der Leistungserbringer

341. Ähnlich wie in Deutschland besitzen einmal zugelassene Ärzte in der Schweiz das Recht, erbrachte Leistungen der OKP in Rechnung zu stellen (Artikel 35 KVG). Sofern die Leistungserbringer nicht auf einen Vertrag mit einer Krankenversicherung angewiesen sind, da der Kontrahierungszwang ihnen in jedem Fall erlaubt, Leistungen abzurechnen, fällt es den Versicherern schwer, genügend Leistungserbringer als Vertragspartner für Managed Care-Modelle zu gewinnen. In einem solchen Modell müssten die Ärzte nämlich zum Teil ihre bisher üblichen Therapieentscheidungen aufgeben (Leitlinien). Außerdem steigt ihr Einkommensrisiko, wenn sie, wie von den Versicherern gefordert, auch Budgetverantwortung übernehmen. Es besteht zudem die Gefahr, dass die Versicherer gerade jene Ärzte nicht zur Teilnahme an Managed Care-Modellen bewegen können, die durch ihre hohe Qualität und Leistungsbereitschaft ausreichend Einkommen mit ihrer eigenen Praxis erwirtschaften. Die Krankenversicherungen fordern deshalb, den Kontrahierungszwang aufzuheben (Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001; Leu/Hill 2002; Spycher 2004b; Moser 2005).

342. Das mangelnde Interesse der Versicherten, Versicherer und Leistungserbringer löste in der Schweiz eine Debatte aus, ob man zur Verbreitung der Managed Care-Modelle die Versicherungsunternehmen verpflichten sollte, diese Versicherungsform anzubieten. Die Gegner eines solchen Vorhabens argumentierten, dass Managed Care das Engagement der Vertragspartner bedingt, um zum Erfolg zu gelangen. Engagement lässt sich aber nicht gesetzlich vorschreiben. Auch führten eine Reihe von handwerklichen Fehlern bei der Gestaltung der Verträge zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern dazu, dass eine Reihe von Managed Care-Produkten wieder vom Markt verschwanden (Beck 2004). Hier setzte der Wettbewerb einen Suchprozess in Gang, der zeigt, dass es keinen Goldstandard für Verträge mit Managed Care-Inhalten gibt. Zudem werden die Leistungserbringer als Vertragspartner durch eine Verpflichtung der Krankenversicherer einseitig bevorteilt, solange nicht die Kontrahierungspflicht entfällt. Diese Argumentation setzte sich durch und die Pflicht, ein Managed Care-Modell anzubieten, ging nicht in das Gesetz ein (Moser 2005).

3.7.1.3 Lehren für Deutschland

343. In Deutschland eröffnete das GKV-WSG den Krankenkassen die Möglichkeit, allen gesetzlich Versicherten Wahltarife anzubieten. Mit den Wahltarifen wird in der GKV erstmals ein regulierter Wettbewerb verschiedener Versicherungsformen und nicht nur verschiedener Krankenkassen in Deutschland eingeführt. Die Erfahrungen in der Schweiz mit Managed Care-Modellen zeigen, dass sich diese Versicherungsform durchaus in einem regulierten Wettbewerb mit anderen Versicherungsformen halten kann. Es steht in der Schweiz auch kaum zur Diskussion, dass Managed Care über das Potential verfügt, die Kosten der Gesundheitsversorgung bei gleichbleibender oder gar steigender Qualität zu senken. Die jeweiligen Rahmenbedingungen, in denen der Wettbewerb stattfindet, beeinflussen jedoch die Marktchancen dieser Versicherungsform. Sofern auch in Deutschland der politische Wille besteht, die Verbreitung von Managed Care durch einen Wettbewerbsprozess zu fördern, so lassen sich aus den Erfahrungen in der Schweiz folgende Schlussfolgerungen ziehen:

– **Imageprobleme:** Im SGB V umschreibt der Gesetzgeber die Managed Care-Modelle als ‚besondere Versorgungsformen' und vermeidet damit eine einseitige Beschreibung als Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Bei der Umsetzung der besonderen Versorgungsformen in Wahltarifen, sollten die Krankenkassen auch darauf achten, vor allem die Qualität der Behandlung in den Vordergrund zu stellen, statt das Image der ‚Billigmedizin' zu bedienen. Die Krankenkassen sollten deshalb in den Managed Care-Modellen eher die Zuzahlungen für die Versicherten erlassen, statt mit einer höheren Prämienzahlung zu werben. Zudem gewinnen die Modelle für die Versicherten an Attraktivität, wenn ihnen die Krankenkasse erlaubt, im Einzelfall einen netzexternen Leistungs-

erbringer zu wählen und dafür eine höhere Zuzahlung zu leisten.

– **Unverzerrte relative Preise:** In Deutschland werden die Krankenhäuser zwar ebenfalls dual finanziert, jedoch subventionieren die Bundesländer lediglich die Investitionskosten. Zudem geht der Anteil der Investitionskosten an den gesamten Ausgaben im stationären Sektor seit Jahren zurück und liegt derzeit nur noch bei 6,2 % (vgl. Abschnitt 4.2.2). Die Verzerrung der relativen Preise zwischen den Versicherungsformen durch die duale Finanzierung besitzt daher nur ein geringes Gewicht. Eine Quersubvention unter den Versicherungsformen untersagt das GKV-WSG explizit. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie die beschlossene Kappungsgrenze von maximal 20 % bzw. 600 € eventuell eine Ausdifferenzierung der Prämienzahlung behindert. Je mehr es gelingt, in den Managed Care-Modellen auch eine höhere Qualität der Versorgung anzubieten, und dies den Versicherten zu vermitteln, eine desto geringere Bedeutung dürften die relativen Preise erlangen.

– **Ausreichend morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich:** Das GKV-WSG sieht ab 2009, zusammen mit dem Gesundheitsfonds einen stärker morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vor. Ob die letztlich gewählten Kriterien für die Morbiditätsadjustierung genügen, um die Krankenkassen von einer Strategie der Risikoselektion abzubringen, bleibt abzuwarten.

– **Kontrahierungszwang:** Am Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Leistungserbringern änderte das WSG nichts. Jedoch höhlte die mit dem GMG im Jahr 2004 eingeführte Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung den Kontrahierungszwang teilweise aus. Sofern ein Leistungserbringer in der ambulanten bzw. stationären Versorgung die einprozentige Budgetkürzung kompensieren möchte, muss er mit einer Krankenkasse einen Vertrag abschließen. Diese Regelung erzeugte eine große Dynamik in der integrierten Versorgung, was für eine Erweiterung der Anschubfinanzierung spricht.

– **Keine Pflicht zum Angebot:** In der Schweiz wurde davon abgesehen, die Krankenkassen zu verpflichten, bestimmte Managed Care-Modelle anzubieten. Der Wettbewerb als Suchprozess führte dazu, dass Krankenversicherer bestimmte Modelle wieder vom Markt nahmen, da sie nicht zu den erhofften Einsparungen führten (Beck 2004; Baur 2005). In Deutschland verpflichtet das Gesetz jedoch die Krankenkassen ein Modell zur hausarztzentrierten Versorgung anzubieten, auch wenn sowohl die Versicherten, als auch die Leistungserbringer freiwillig daran teilnehmen.

3.7.2 Hinweise für die integrierte Versorgung auf Basis US-amerikanischer Erfahrungen

3.7.2.1 Entwicklungen von Managed Care von 1988 bis 2006

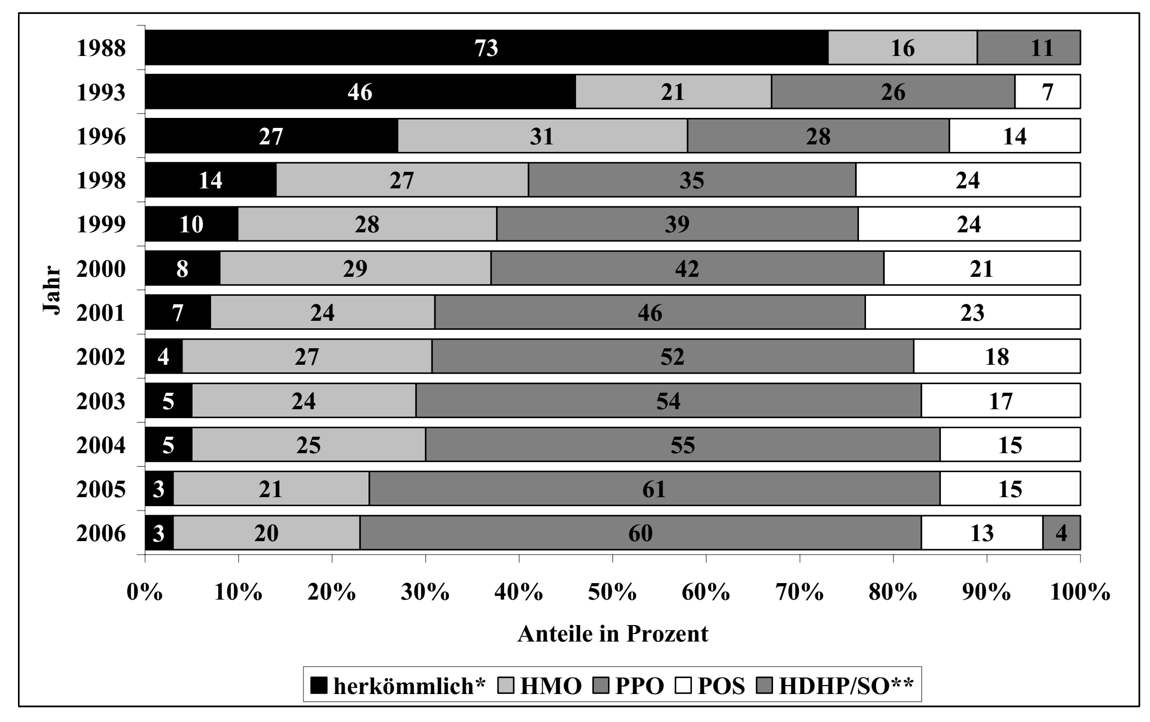
344. Im amerikanischen Gesundheitswesen vereinigen Managed Care-Organisationen (MCOs) bis zu einem gewissen Grad Finanzierungs- und Leistungserstellungsfunktionen und führen eine Kontrolle der Ausgaben und der Inanspruchnahme durch, indem sie z. B. mit ausgewählten effizienten Leistungserbringern kontrahieren. Ziel ist es, Ausgaben und Qualität in effizienter Weise zu steuern. MCOs stellten eine organisatorische Reaktion auf zweistellig wachsende Gesundheitsausgaben in den achtziger Jahren, aber auch auf die Mängel in der Qualität des Versorgungssystems, dar (Lee 1997; Amelung/Schumacher 2004; National Conference of State Legislatures 2007).

345. Über die Zeit hinweg haben sich verschiedene Formen von MCOs herausgebildet: Einmal so genannte *health maintenance* – Organisationen (HMOs). Ihre Entwicklung in den achtziger Jahren geht nicht auf Erfolge am Markt, sondern auf staatliche Regulierung zurück. Diese bestimmte, dass Arbeitgeber, die mehr als 25 Mitarbeiter beschäftigen und diesen als Sozialleistungen Krankenversicherungen anbieten, mindestens eine HMO-Versicherung haben müssen (siehe hierzu Amelung/Schumacher 2004). Auf die verschiedenen Modelle von HMOs soll hier nicht weiter eingegangen werden (Amelung/Schumacher 2004). Neben diesen verschiedenen Formen bildet die sogenannte *point of service* – Versicherung eine zweite Kategorie von Managed Care-Produkten. Hier können die Versicherten andere Leistungserbringer frei wählen, allerdings bei höherer Zuzahlung. Als dritte Kategorie von MCOs basieren *preferred provider* – Organisationen (PPOs) auf einer Anzahl von Ärzten oder Krankenhäusern, die sich zusammenschließen und ihren Vertragspartnern zum Teil erhebliche Preisnachlässe auf die Einzelleistungsvergütung einräumen. Sie lassen sich als Reaktion der Leistungsanbieter auf den Konkurrenzdruck durch HMOs verstehen (Amelung/Schumacher 2004).

Die folgende Abbildung 8 zeigt, dass die herkömmliche amerikanische Krankenversicherung *(indemnity insurance)* fast vollständig vom Markt verschwunden ist, während MCOs 93 % der Marktanteile besitzen. Der Marktanteil von HMOs ist nach einem Gipfel 1996 mit 31 % zehn Jahre später auf 20 % geschrumpft. Fast zwei Drittel des Marktanteils von MCOs machen PPOs aus.

Abbildung 8

Marktanteile verschiedener Versicherungsformen in den USA



* Herkömmliche Krankenversicherung bedeutet *indemnity insurance.*

** *High deductible health plans* (HDHP/SO) bedeutet, dass u. a. zunächst 1 000 US-Dollar bzw. 2 000 US-Dollar für eine Einzel- bzw. Familienversicherung selbst zu bezahlen sind. Die Einbeziehung von HDHP/SO für 2006 lässt einen genauen Vergleich mit den Vorjahren nicht zu, weil in den Vorjahren HDHP/SO den anderen Versicherungsformen zugerechnet wurden.

Quelle: The Kaiser Family Foundation und Health Research and Educational Trust 2006

3.7.2.2 Gründe für den strukturellen Wandel von Managed Care

346. Die Entwicklung von Managed Care ist ein Spiegelbild der Entwicklung auf dem amerikanischen Arbeitsmarkt (Robinson, 2001; Lesser et al. 2003), aber auch der Präferenzen der Versicherten und Leistungsanbieter. Als in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die Prämien der herkömmlichen Versicherung mit hohen, oft zweistelligen Raten wuchsen, versuchten die Arbeitgeber ihre versicherten Beschäftigten zu bewegen, in HMOs einzutreten. Dazu trägt auch bei, dass die Arbeitgeber durchschnittlich 84 % der Prämien für eine Einzelversicherung und 73 % der Prämien für eine Familienversicherung zahlen (The Kaiser Family Foundation und Health Research and Educational Trust 2006). Die damit verbundene Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben in den neunziger Jahren sahen viele Beschäftigte als einen Vorteil der Arbeitgeber an, da die Nachteile in Form begrenzten Zugangs zur Versorgung (*gatekeeper, utilization review)* auf die Versicherten entfielen (Robinson 2001). Diese Restriktionen und darüber hinaus sinkende Vergütungen durch HMOs beklagten auch die Leistungsanbieter, was die Kritik der Patienten an HMO-Managed Care noch verstärkte (Ginsburg 2005). Dies setzte sich über die Medien und die Politik fort, was zur Einführung von mehr als tausend Gesetzen zur Regulierung von Managed Care führte (Blendon et al. 1998).

347. In Folge der prosperierenden konjunkturellen Entwicklung stieg in der zweiten Hälfte der 90er Jahre die Nachfrage nach Arbeitskräften. Die Arbeitgeber sahen sich nun gezwungen, ihren Beschäftigten weniger restriktiv organisierte Krankenversicherungen mit größeren Anbieternetzen und weniger Zugangskontrollen zur Inanspruchnahme von Krankenhäusern, Spezialisten und teueren diagnostischen und therapeutischen Verfahren anzubieten. So kam es zur Verbreitung von PPOs (Ginsburg 2005). Viele der begonnenen Schritte zu einer integrierten Versorgung kehrten sich in diesem Zeitraum um. Die Kombination von Krankenversicherungs- und Versorgungsfunktion verlor an Attraktivität zugunsten ausgedehnterer Versorgungsnetzwerke. Leistungsanbieter mussten nun in vergrößerten Netzen mit vorherigen Konkurrenten zusammenarbeiten. Auch die staatliche Politik förderte diese Desintegration durch entsprechende Gesetze. Wenn gesetzliche Regelungen untersagen, Anbieter von der Teilnahme an der integrierten Versorgung auszuschließen, dann schwächt dies die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens, ausgabendämpfend zu wirken (Marsteller et al. 1997; Vita 2001; Zwanziger 2002; GA 2003, Ziffer 720). In den 34 Bundesstaaten, in denen keine Anbieter ausgeschlossen werden durften, welche die vorgegebenen Bedingungen erfüllen (‚*any-willing-provider*'-Regulierungen) und Versicherte jeden Anbieter – auch solche, die nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen (‚*freedom*

of choice'-Regulierungen) – auswählen können, ließen sich geringere Ausgabendämpfungen realisieren als in anderen Bundesstaaten (Ohsfeldt et al. 1998; GA 2003, Ziffer 720). Darüber hinaus entstanden dort höhere Verwaltungskosten (Rich/Erb 2005).

Der Vorteil der PPOs für die Arbeitgeber, die ihren Beschäftigten Krankenversicherung anbieten, liegt in ihrer beliebigen Gestaltbarkeit, was die Anbieternetze, die Leistungen, den Umfang der medizinischen Leistung und die Selbstbeteiligung angeht. Deswegen gibt es auch keine positive Definition der PPOs, sondern allenfalls eine negative Abgrenzung – auf keinem Fall stellen sie HMOs dar (Hurley et al. 2004).[99]

348. Eine gewisse Entspannung auf dem Arbeitsmarkt und wieder zweistellige Zuwachsraten bei den Gesundheitsausgaben führten inzwischen dazu, dass Arbeitgeber ihren Beschäftigten (wieder) Krankenversicherungen anbieten, die deutlich höhere Selbstbeteiligungen vorsehen (Mays et al. 2003; Draper/Claxton 2004; Mays et al. 2004). Die entsprechende Ausgabenentwicklung geht auch auf marktbeherrschende Stellungen auf der Anbieterseite zurück, die sich seit Ende der neunziger Jahre entwickelten. Bei den Krankenhäusern brachten Zusammenschlüsse nicht nur steigende Preise, sondern auch sinkende Qualität mit sich (Vogt/Town 2006). Diese marktbeherrschenden Stellungen sind eine Folge umfassender Anbieternetze, die auch entsprechende Gesetze in der Mehrheit der US-Bundesstaaten (s. o.) förderten, und in denen manchen Anbietern inzwischen der Status des Unverzichtbaren für die Sicherstellung der Versorgung zugeschrieben wurde (Strunk et al. 2001; White et al. 2004).

3.7.2.3 Hindernisse für Effizienz

Mangel an effizienten Anbietersystemen

349. Die Erwartung, dass sich integrierte, von Krankenhäusern oder Ärzten geleitete Versorgungssysteme der effizienten Versorgung einer bestimmten Gruppe von Versicherten widmen könnte, erfüllte sich nicht (Nichols et al. 2004), *„… it was naive to think that simply creating organizations to unite hospitals and physicians would suddenly lead them to work together in a more productive manner"* (Ginsburg/Lesser 2006: 5). Diese Mängel können integrierte Versorgungssysteme beseitigen, die im Wettbewerb untereinander stehen und die sich auf den Kern einer großen multidisziplinären Gruppenpraxis mit Verbindungen zu Krankenhäusern, Laboratorien, Apotheken und anderen Einrichtungen gründen und im wesentlichen über risikoabhängige Gesundheitspauschalen finanziert werden (Enthoven/Tollen 2005). Sie sollen eine bedarfsgerechte Versorgung anbieten, die einzelne Bereiche derart miteinander koordiniert, dass die systemischen Gesamtkosten einer Behandlung und nicht die Kosten und Vergütungen in einzelnen Bereichen Berücksichtigung finden. In einem solchen System ist es medizinisch wie ökonomisch sinnvoll, z. B. durch ein – wenn auch teueres – Arzneimittel die Notwenigkeit von Krankenhausbehandlungen zu verringern. Bei einer nichtsystemischen Betrachtung nützt eine solche Behandlung nur dem Patienten und der Apotheke, aber schadet dem Krankenhaus (Enthoven/Tollen 2005).

Unzureichender Wettbewerb der Krankenversicherungen

350. Die Vision von Managed Care war die von straff organisierten HMOs mit deutlich getrennten Anbieternetzen, die über Versorgungsqualitäten und Preise untereinander im Wettbewerb stehen. Die Entwicklung zeigte, dass sich HMOs, die ihre Anbieternetze nicht beschränken wollen oder können, in der gleichen Position wie PPOs befinden. Ausgedehnte, sich überschneidende Anbieternetze überfordern die Fähigkeit von Nutzern, zwischen der Qualität der Netze verschiedener Krankenversicherer zu unterscheiden (Nichols et al. 2004). Neuere amerikanische Untersuchungen schätzten, dass bei einem Wechsel zwischen HMOs wahrscheinlich 50 % der Nutzer von HMOs ihren Arzt nicht wechseln müssen. Dieser Anteil liegt höher für neuere und HMOs, die sich in Märkten mit weniger Anbietern befinden (Chernew et al. 2004).

351. In ihrer Blütezeit verhandelten Managed Care-Organisationen mit Ärzten energisch über Preisminderungen. Daraufhin schrieben Vertreter der Ärzte dieses Vorgehen der Monopsonmacht der MCOs zu, weil diese als alleinige Nachfrager agierten. Zugleich forderten sie, dass es ihnen Ausnahmen in den Wettbewerbs- und Kartellgesetzen ermöglichen, kollektiv mit den Versicherern zu verhandeln. Die empirische Evidenz ist dazu nicht eindeutig, aber selbst, wenn diese Monopsonmacht existieren würde, gäbe es überhaupt keinen Anlass, anbieterseitig Monopolmacht aufzubauen. Die ordnungspolitisch adäquate Lösung, die Marktmacht auf einer Seite des Marktes zu bekämpfen, besteht darin, sie zu beseitigen. Wenn Marktmacht auf Seiten der MCOs vorliegt, dann obliegt es den zuständigen Behörden, dem nachzugehen (Gaynor 2006c).

352. Über die Zeit verminderte sich die Möglichkeit der Krankenversicherer, Honorierungsabschläge bei den Anbietern zu erlangen, im gleichen Maße wie deren Marktmacht zunahm. Die Schlüsselfunktion, um Honorierungsabschläge zu realisieren, liegt in der Fähigkeit von Krankenversicherern, Nutzer zum Wechsel von Anbietern zu überzeugen. Vor dem Hindergrund, dass die Nutzer umfassende Anbieternetze mit z. B. allen wichtigen lokalen Krankenhäusern präferieren, verpufft eine solche Drohung und mit ihr die Dämpfung der Honorierung (Nichols et al. 2004).

Darüber hinaus besteht keine hinreichende Voraussetzung für den Wettbewerb von Anbietersystemen, wenn Krankenversicherer in großer Zahl alle dasselbe Anbieternetz vorsehen (Enthoven/Tollen 2005). Weder besteht Wettbewerb darin, dass zehn Versicherer dieselben Anbieter in

---

[99] Auf weitere Entwicklungen im Zusammenhang mit der von Managed Care wie z. B. *consumer-driven health plans (*Gabel et al.2006*), health savings accounts* (siehe Goodman 2002; Ginsburg 2004; Cannon 2006; Klein 2007) und *tiered-provider networks* (Mays et al. 2003; White et al. 2004) soll hier nicht näher eingegangen werden.

einer Stadt unter Vertrag haben, noch darin, dass verschiedene Managed Care-Organisationen dieselben Ärzte aufweisen. Das gilt insbesondere für die DMPs in Deutschland, bei denen Kollektivverträge dominieren.

Marktmacht der Anbieter

353. Bei selektiven Verträgen, d. h. bei Managed Care bzw. in der integrierten Versorgung, entsteht ein zweistufiges Verfahren von Wettbewerbsprozessen. Auf der ersten Ebene fragen die Versicherer/Krankenkassen nach gewissen Kriterien entsprechende Leistungserbringer für die daran teilnehmenden Versicherten nach und auf einer zweiten Ebene entscheidet sich eine Teilmenge der teilnehmenden Versicherten, nämlich die Patienten, für bestimmte Leistungserbringer. Nur die letztere Ebene des Wettbewerbs gibt es in kollektivvertraglichen Systemen. Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern können auf der ersten Ebene den Wettbewerb beeinträchtigen, während sie auf der zweiten Stufe keine wettbewerbliche Auswirkungen besitzen. Andererseits können zwischen beiden Ebenen enge Beziehungen auftreten, wie z. B. die Eröffnung eines kardiologischen Schwerpunkts in einem Krankenhaus, das die Attraktivität der Versicherten für Managed Care bzw. integrierte Versorgung anbietende Versicherer/Krankenkassen, als auch für entsprechende Patienten zu steigern vermag (Vistnes 2000; Haas-Wilson 2003; GA 2005). Im zweistufigen Wettbewerbssystem selektiver Verträge stellen auf der ersten Ebene die Versicherer/Krankenkassen die entscheidenden Nachfrager dar, die im Rahmen von Verhandlungen oder Ausschreibungen die Leistungsanbieter für ihr Verssorgungsnetz auswählen. Demnach gewinnt die erste Marktebene für wettbewerbsaufsichtliche und -rechtliche Zwecke Relevanz.

354. In der zweiten Hälfte der neunziger Jahre fand eine enorme Welle von Fusionen im Gesundheitswesen, insbesondere von Krankenhäusern, statt (Enthoven 2004). Manche lokalen Märkte, einschließlich einiger Großstädte wie Boston, Minneapolis, Pittsburgh, Philadelphia, St. Louis und San Francisco werden von zwei bis drei Krankenhausketten beherrscht (Gaynor 2006c). Die mangelnde Wirkung der staatlichen Maßnahmen zur Verhinderung dieser Fusionen geht auch auf Gerichte bzw. Richter zurück. Diese vertraten die Ansicht, dass sich der Markt für Krankenhausleistungen von anderen Märkten fundamental unterscheidet und folgerten daraus, dass Marktmacht in dieser Branche mit sozialen Vorteilen einhergehe. Zudem war in diesen Institutionen die Meinung verbreitet, dass nicht gewinnorientierte Organisationen – wozu ein Großteil der Krankenhäuser immer noch gehört – anders als gewinnorientierte anzusehen und damit zu behandeln sind. Es lässt sich jedoch aus der empirischen Evidenz schließen, dass sich nicht gewinnorientierte Krankenhäuser, was die Ausübung von Marktmacht angeht, nicht anders verhalten als gewinnorientierte (Gaynor/Vogt 2000, 2003). Um dies zu belegen, erscheint es nicht notwendig zu beweisen, dass Wettbewerb zu einer optimalen Wohlfahrt führt, sondern nur, dass die Ausübung von Marktmacht die schlechtere Alternative darstellt (Gaynor 2006b).

Hinsichtlich der quantitativen Evidenz lässt sich nicht ableiten, dass Managed Care die Fusionen von Krankenhäusern verursachte (Town et al. 2005), obgleich die Furcht vor den Preisverhandlungen im Rahmen von Managed Care möglicherweise dazu beitrug. Medizintechnischer Fortschritt, wie die Substitution stationärer durch ambulante bzw. Arzneimittelbehandlung und daraus folgend der Abbau von Überkapazitäten könnten dabei auch eine Rolle gespielt haben (Haas-Wilson 2003; GA 2005)

Je nach wettbewerblicher Lage können auch die Leistungserbringer bei selektiven Verträgen vorhandene Marktmacht umsetzen, indem sie die Preise erhöhen, die Mengen senken oder die Qualität verschlechtern. Durch die Fusionen von Krankenhäusern konnten die Preise von Krankenhausbehandlungen um mindestens 5 %, wenn nicht sogar um 40 % in den neunziger Jahren gesteigert werden. Damit zogen auch die Preise für etwaige Wettbewerber an, wobei das größte Preiswachstum bei Fusionen von nahe zusammen liegenden Krankenhäusern auftrat. Durch Fusionen ließen sich mäßigere Kostensteigerungen als in nicht fusionierten Krankenhäusern erzielen. Diese Ersparnisse resultierten aus dem Zusammenschluss von Produktionsprozessen, nicht aus dem von Eigentümerverhältnissen (Dranove/Lindrooth 2003). Diese Kostendämpfungen beschreiben auch nur die Profitabilität der Krankenhäuser (Produzentenrente), nicht die der letztendlichen Finanzierer, d. h. der Versicherten. Auf eine Steigerung der sozialen Wohlfahrt lässt sich daraus nur begrenzt schließen (Gaynor 2006c). Trotz begrenzter und gemischter empirischer Evidenz deutet die Mehrzahl der Studien auf eine Minderung der Qualität der Krankenhausbehandlungen in fusionierten Krankenhäusern hin. Es könnte sein, dass die HMO-Verbreitung diese Entwicklung förderte (Bamezai et al. 1999, Vogt/Town 2006).

355. Vertikale Zusammenschlüsse oder Fusionen bestehen aus Anbietern von Sachgütern und Dienstleistungen, die auf verschiedenen, aber miteinander verbundenen Produktmärkten agieren. Ihre Bandbreite umfasst Vereinigungen durch Fusionen oder Zukäufe, Exklusiv-, Koppelungs- und Meistbegünstigungsklauseln bis zu Gemeinschaftsprojekten von Ärzten, Krankenhäusern u. a. Vertikale Zusammenschlüsse können z. B. durch Senkung der Transaktionskosten oder durch Umsetzung von Größenvorteilen in ähnlicher Weise effizienzsteigernd wirken wie horizontale Vereinigungen. Darüber hinaus setzt eine Internalisierung ansonsten externer Effekte Anreize, Ineffizienzen zu vermeiden, die bei sektoraler Abgrenzung auftreten können. Ein teueres Arzneimittel, das eine aufwendige Krankenhausbehandlung vermeiden hilft, wird bei einem vertikalen Zusammenschluss von Arztpraxen und Krankenhäusern tendenziell eher eingesetzt, als bei einer Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Ein derartiges Versorgungsnetz besitzt kein Interesse daran, negative Effekte in andere Sektoren zu verlagern (Haas-Wilson 2003, GA 2005, Gaynor 2006a).

Andererseits können vertikale Zusammenschlüsse oder Exklusivverträge auf Gesundheitsmärkten mit Markteinpp

trittsschranken die Marktmacht und damit den Wettbewerb einschränken, indem sie

- den Zugang von Konkurrenten zum notwendigen Produktmarkt ausschließen. Das gilt z. B., wenn es einige Krankenhäuser, aber nur ein größeres Ärztenetz gibt, das nur mit einem dieser Krankenhäuser eine vertikale Verbindung eingeht, die ausschließt, die Patienten des Netzes in andere Krankenhäuser einzuweisen und diese damit vom Markt fernhält. Eine Benachteiligung entsteht auch, wenn das Netz ohne Exklusivvertrag Patienten, die schlechte Risiken darstellen, in Krankenhäuser einweist, die nicht der vertikalen Verbindung angehören (Gaynor/Haas-Wilson 1998; Haas-Wilson 2003; GA 2005; Seyfarth 2005; Gaynor 2006a).
- die Kosten von Konkurrenten für bestimmte Produkte erhöhen sowie
- durch die gewonnene Marktmacht auch die horizontale Konzentration erhöhen und dann dort die Preise steigern oder die Qualität senken (Gaynor/Haas-Wilson 1998; Haas-Wilson 2003; Seyfarth 2005; GA 2005; Gaynor 2006a).

Die generelle Möglichkeit vertikaler Integration besteht im Falle von wettbewerblich getrennten Märkten für ambulante und stationäre Leistungserbringer, wenn sich die Vertragspartner exklusiv ergänzen. Im Falle von ähnlichen oder sich überlappenden Märkten bzw. Leistungen kann ein Zusammenschluss grundsätzlich auch ohne Exklusivvertrag zustandekommen. Vertikale Zusammenschlüsse können die Wohlfahrt sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Sie wirken wohlfahrtssteigernd, wenn sie über Effizienzsteigerungen die Kosten und die Preise, z. B. über einen gemeinsamen Einkauf, senken. Vertikale Zusammenschlüsse beeinträchtigen die Wohlfahrt, wenn die Beteiligten bereits zuvor Marktmacht besaßen oder durch den Zusammenschluss eine marktbeherrschende Stellung erreichen bzw. ausbauen konnten. Dies eröffnet ihnen dann die Möglichkeit, ihre Preise und ihre Gewinne zu erhöhen. Die Existenz und das Zustandekommen einer marktbeherrschenden Stellung erscheinen um so unwahrscheinlicher, je kompetitiver ein Markt ist. Obgleich in der Tendenz ambulante Märkte wettbewerblicher als stationäre sein dürften, könnte eine kritische Situation eintreten, wenn es um Integration mit Märkten für spezialärztliche Leistungen geht (Gaynor 2006a).

Im Kontext dieser Erörterungen gibt es zwei empirische Studien mit gegensätzlichen Ergebnissen. Die eine kommt zu dem Ergebnis, dass die vertikale Verbindung von Ärzten und Krankenhäusern den Wettbewerb beeinträchtigt (Cuellar/Gertler 2006), die andere findet keine derartige Evidenz (Ciliberto/Dranove 2006), sondern niedrigere Krankenhauspreise, obgleich sie die Wirkungen nicht präzise misst (Gaynor 2006a). Es überrascht weder theoretisch, noch empirisch, dass die beiden Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen. Empirische Untersuchungen zum gleichen Thema, aber verschiedenen Regionen und Zeiträumen weisen häufiger verschiedene Resultate auf. Die für Wettbewerbs- und Kartellpolitik zuständigen Behörden sollten vertikale Zusammenschlüsse nicht grundsätzlich als wettbewerbsfeindlich verdächtigen, aber bei den ersten Anzeichen daraufhin untersuchen (Gaynor 2006a).

3.7.2.4 Hinweise für die integrierte Versorgung in Deutschland

356. Obwohl sich die amerikanischen Erfahrungen nur beschränkt auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen lassen, erlauben sie einige Hinweise, die für den weiteren Aufbau der integrierten Versorgung in Deutschland nützlich sein könnten (Janus/Amelung 2004).

Schaffung überschaubarer Netze für vertikale Behandlungsverläufe

357. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen sollten selektive Vertragsschlüsse von Krankenkassen mit Netzanbietern nach einer unter objektiven Kriterien überprüfbaren Ausschreibung erfolgen (JG 2003, II, Ziffer 718ff.). Die potentiellen Anbieter sollten eine überschaubare Zahl aufweisen, sich nach Möglichkeit kennen und gegenseitig schätzen sowie nach gleichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin arbeiten. Die Netze sollten alle notwendigen Behandlungsstufen – ambulante, stationäre, Arzneimittel-, Reha- und Pflege-Behandlung – enthalten, um Probleme der sektoralen Abgrenzung zu vermeiden.

Keine oder möglichst geringe Überschneidung der Netze einzelner Kassen

358. Wenn alle Krankenkassen mit denselben Anbieternetzen Verträge schließen, gibt es keinen Wettbewerb um Effizienz und Qualität. Die besonders innovativen Krankenkassen sollten deshalb mit den besten Anbietern Exklusivverträge abschließen können. Unbeschadet der möglicherweise in wettbewerblicher Hinsicht problematischen Wirkungen solcher Verträge könnten sie das Tempo des Aufbaus der integrierten Versorgung befördern, in dem die Krankenkassen mit einem Netz von guten, ausschließlich ihnen zur Verfügung stehenden Anbietern Marktanteile gewinnen. Solche Verträge setzen voraus, dass die Krankenkassen die Auslastung der Kapazität der Anbieter auf den verschiedenen Versorgungsstufen in etwa garantieren können. Andernfalls müssten sie sich mit anderen Krankenkassen zusammenschließen, zu denen sie dann keine ausgeprägte Wettbewerbshaltung entwickeln könnten. Es könnte auch bei mindestens einer der Krankenkassen die Vereinbarung einer Meistbegünstigungsklausel infrage kommen. Letztere legen fest, dass die Anbieter für ihre Leistungen keiner nachfragenden Krankenkasse einen günstigeren Preis einräumen. Beide Lösungen müssen den Wettbewerb nicht intensivieren (Gutachten 2005, I, Ziffer 73ff.; Seyfarth 2005). Exklusivverträge sollten keiner gesetzlichen Regelung unterliegen, weil Wettbewerb immer eine Frage des freien Willens der teilnehmenden Akteure bleiben sollte.

Ausschluss wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens bei Leistungsanbietern und Krankenkassen

359. Das Gesundheitswesen bildet keinen wettbewerbspolitischen und –rechtlichen Ausnahmebereich. Das ist im Zusammenhang mit den Diskussionen um das GKV-WSG überzeugend dargestellt worden (Bundeskartellamt 2006; Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi 2007). Wettbewerb besteht in der Wahrnehmung individueller Handlungsspielräume der Marktteilnehmer; seine Förderung ist angezeigt, um effiziente und flexible Strukturen weiter zu entwickeln. Das gemeinsame und einheitliche Handeln der Krankenkassen sollte sich auf ein unbedingt notwendiges Maß beschränken. Deswegen regen beide Institutionen eine ersatzlose Streichung des § 69 SGB V an. Auch der öffentlich-rechtliche Status der Krankenkassen kann nicht dazu führen, dass das Wettbewerbsrecht außer Anwendung bleibt (Bundeskartellamt 2006). Gesetzliche Krankenkassen stellen zumindest auf ihrem Beschaffungsmarkt, d. h. gegenüber den Leistungserbringern, Unternehmen im Sinne des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen dar (Bundeskartellamt 2006). Dem steht auch nicht entgegen, dass die europäische Rechtsprechung die Unternehmenseigenschaft in der Frage der Arzneimittelfestbeträge verneinte. Das Bundeskartellamt (2006) hält dieses Urteil für das deutsche Fusionskontrollrecht für irrelevant. Ökonomisch betrachtet handeln Krankenkassen, wenn sie in Konkurrenz auf den Märkten von Leistungserbringern, Güter und Dienste nachfragen, wie Unternehmen.

3.8 Die Rolle des Hausarztes in der integrierten Versorgung

3.8.1 Chancen und Hindernisse der Hausarztmedizin für die integrierte Versorgung

360. Der Gesetzgeber hat in § 73 SGB V die vertragsärztliche Versorgung in eine haus- und fachärztliche Versorgung untergliedert. Das ermöglicht der hausärztlichen Versorgung, Case-Management-Aufgaben zu übernehmen, die sich auf die fach- und sektorübergreifende Weiterleitung und Vermittlung sowie die kontinuierliche medizinische Betreuung des Patienten richten. Es wird die Kenntnis der familiären Verhältnisse und des häuslichen Umfeldes vorausgesetzt. Behandlungen der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Mit dieser Definition hausärztlicher Aufgaben betont der Gesetzgeber die besondere Stellung der hausärztlichen Versorgung im Grenzbereich zwischen Gesundheitswesen und der kommunal verankerten Lebensvielfalt der Bevölkerung. Der Versorgungsbeitrag besteht somit insbesondere auch in der Definition von an das Gesundheitswesen herangetragenen Fragen als medizinisch relevant oder nicht, und in der Prägung des Krankheitsbewusstseins und -verständnisses des Patienten sowie in der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.

361. Im Konzept der Hausarztmedizin sind Chancen im Sinne von Versorgungszielsetzungen und entsprechenden Voraussetzungen angelegt, die den aktuellen Versorgungsanforderungen, insbesondere hinsichtlich chronisch Kranker und multimorbider, d. h. überwiegend älterer Patienten gerecht werden können, wenn entsprechend verbreitete Kompetenzen und Rahmenbedingungen vorliegen. Hierfür stehen z. B. die Langzeitversorgung im individuellen Lebenskontext, schnittstellenübergreifende Maßnahmen sowohl in die vor-medizinische Phase in Form von Primärprävention als auch in den spezialärztlichen und institutionellen Sektor hinein, die gezielte Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe und die systematische Entwicklung innovativer komplexer Versorgungsstile mit der Bereitstellung von und für die Praxis entwickelten Methoden und Instrumenten zur Verfügung. Zukunftweisende Modelle der Hausarztmedizin (vgl. z. B. Berliner Gesundheitspreis 2004) setzen auf einen kooperativen Arbeitsstil primär mit den Mitarbeitern der eigenen Praxis, des Weiteren mit anderen Fachärzten, ambulanten Pflegekräften und Alten- und Pflegeheimen. Die Interventionen reichen in den kommunalen Raum und können auch primärpräventive Maßnahmen einschließen. Es bestehen systematische Programme der Routinebetreuung von chronisch Kranken und Behinderten z. B. hochaltrigen Patienten. Die Praxen nehmen an gemeinsam mit anderen Kollegen initiierten Qualifizierungsmaßnahmen teil. Besondere Beachtung verdient die Anwendung des ‚Chronic Care Modell' in der Hausarztmedizin, das eine systematisierte und vorausschauend gestaltete Versorgung chronisch kranker Hausarztpatienten verfolgt.

362. Neben diesen Chancen, die der integrierten Versorgung durch den Beitrag der Hausärzte erwachsen können, bestehen Hindernisse für deren Verwirklichung in folgender Hinsicht:

– Defizite der Versorgungsqualität:

Der Rat hat verschiedentlich auf Qualitätsdefizite der hausärztlichen Versorgung (vgl. z. B. GA 2005, 7.4) hingewiesen. Darüber hinaus findet sich eine große Variationsbreite hinsichtlich der Versorgungsqualität: Während große, meist partnerschaftlich geführte Hausarztpraxen vielfach ein systematisches Qualitätsmanagement durchführen und für regelmäßige Fortbildung auch der Arzthelferinnen sorgen, bleibt der Arbeitsstil in anderen Fällen hinsichtlich differentialdiagnostischer Umsicht, Patienteninformation, Dokumentation und zeitgerechter Verweisung des Patienten unzureichend, wenn man den im Rahmen von Verfahren der Schlichtungsstellen nachgewiesenen Fehlern folgt. Evidenz-basierte Leitlinien werden unzureichend umgesetzt (GA 2005, II, 7.4); es stehen allerdings fachspezifische, auf die Arbeitsfragen des Hausarztes zugeschnittene Leitlinien bisher nur in relativ geringem Umfang zur Verfügung.

– Nicht zufriedenstellende Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Fachärzten:

Diese wird aus Sicht der Hausärzte trotz Praxisgebühr auch heute noch erheblich durch den freien Zugang des Patienten zu einem Fachspezialisten seiner Wahl beeinträchtigt. Nach wie vor wird die Gefahr eines – bezogen auf das auslösende Symptom – unangemessenen Versor-

gungsumfangs gesehen. Befunde werden dem Hausarzt nicht systematisch übermittelt, die gesetzlich vorgesehene Berichtspflicht wird in großem Umfang unterlaufen, wie umgekehrt die Information der anderen Fachärzte durch Hausärzte häufig unzureichend genannt wird. Die Behandlungsketten und ein Ineinandergreifen der Versorgungsbeiträge verschiedener Fachgruppen könnten nicht optimal gestaltet werden. Somit werde die Steuerfunktion des Hausarztes beeinträchtigt. Es muss dem Patienten allerdings das Recht zugestanden werden, eine vermutete unzureichende Versorgung durch den Hausarzt bei Fachärzten seiner Wahl überprüfen zu lassen, ohne dass der Hausarzt den Patienten durch u. a. Missbilligung ‚straft'.

3.8.2 Vertragsbildung im bzw. mit dem Hausarztsektor

363. Die mit den Möglichkeiten der integrierten Versorgung bereits im Gesundheitsreformgesetz (GRG) und besonders dem GMG geschaffenen Veränderungen trafen die hausärztlichen Leistungserbringer in einer Phase, in der viele bereits den Wunsch verspürten, den Rahmen der eigenen Praxis zu überschreiten und nach praxisübergreifender Zusammenarbeit mit anderen Kollegen zu suchen. So setzten die bereits in den GKV-Neuordnungsgesetzen verankerten Modellvorhaben und Strukturverträge eine erste Welle von Vernetzungsbestrebungen unter niedergelassenen Ärzten in Gang, die zwar häufig keine dauerhaften Strukturen erzeugten, aber eine hohe Bereitschaft der Ärzte, neue Formen der kollegialen Zusammenarbeit aufzubauen, erkennen ließen und förderten (Weatherly et al. 2007).

364. Vertragsformen nach § 140a SGB V, die sich speziell an Hausärzte richten, sind überwiegend an den im Gesetz (§ 73 SGB V) vorgesehenen Steuer- und Koordinierungsfunktionen des Hausarztes ausgerichtet (s. o.) und schließen z. T. eine ‚Hausarztzentrierte Versorgung' (§ 73b SGB V) ein (z. B. ‚Hausarztorientierte integrierte Versorgung' der AOK Saarland). Sie wirken vielfach über Fach- und Sektorengrenzen hinaus und beziehen z. T. auch Pflegedienste und Angehörige mit ein (z. B. ‚IDA – Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin'). Meistens stehen bestimmte Versorgungsfragen im Zentrum der Vertragsbildung wie etwa schwer chronisch Kranke, die Arzneimittelversorgung oder nur ein bestimmtes Krankheitssymptom (z. B. Vertrag zu ‚Rückenschmerzen' der LKK Baden-Württemberg). Indem Transferfunktionen des Hausarztes z. T. nach systematisch vorgegebenen Behandlungspfaden (Versorgung Rückenschmerzen) erfolgen, sollen unnötige Leistungen vermieden, aufeinander abgestimmte Behandlungen der verschiedenen Sektoren bei geringen Reibungsverlusten ermöglicht, die Behandlungssicherheit erhöht und die Vertrauensbildung des Versicherten in die Leistungserbringer und die Krankenkasse erhöht werden. Bei der Begrifflichkeit ist zu beachten, dass das ‚Netzwerk' bisher überwiegend einem horizontalen Verbreitungsmuster folgt, wobei in der Fläche viele gleichartige Praxen (z. B. hausärztliche Praxisnetze) nach analogen Verträgen mit der Krankenkasse kontrahieren. Eine Zusammenarbeit der Praxen untereinander, die erst den Mehrwert des Netzwerkes sichert, ist keineswegs bei allen Vertragsbildungen vorgesehen, ebenso sind sektorübergreifende Elemente überwiegend unzureichend ausgeprägt (z. B. Hausarztvertrag der BEK).

Über hausarztspezifische Projekte hinaus ist der Hausarzt in großem Umfang in das Vertragsgeschehen zur Versorgung bestimmter Krankheiten (z. B. zur rheumatoiden Arthritis), zu bestimmten Behandlungsformen (z. B. integrierte Versorgung Endoprothetik Münster), bestimmten komplexen problembezogenen Versorgungsformen (z. B. integrierte Versorgung Kardiologie, das norddeutsche Herznetz) und schließlich in populationsorientierte Verbundformen einbezogen (Weatherly et al. 2007). Der Hausarzt fungiert bei den krankheitsspezifischen Verträgen zumeist als Anlaufstelle für potentiell geeignete Versicherte, die er identifiziert, motiviert und in das Netz einschleust. Bei der auf umfangreiche Versichertenkollektive, z. B. einer bestimmten Region, gerichteten integrierten Versorgung werden hausärztliche Funktionen meist weitgehend genutzt und bilden den Basiszugang zur Population bzw. Region. Die Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Berufsgruppen kann sich hier, entsprechende Verträge vorausgesetzt, im Sinne der gesetzlich vorgesehenen Betreuungs- und Kooperationsaufgaben im multiprofessionellen ambulanten Team am günstigsten entfalten.

365. Die hausarztbasierte Versorgung ist im Grundsatz geeignet bzw. unabdingbar, um an einer Entwicklung teilzunehmen, die bestehende Probleme aus Patientensicht, wie insbesondere die mangelhafte Transparenz der Versorgungsvielfalt und deren ‚Zersplitterung', durch eine höhergradige Integration und Vereinheitlichung der Versorgung zu überwinden sucht. Im derzeitigen Vertragsgeschehen finden sich bereits entsprechende Ansätze (s. o.), die sich großer Resonanz erfreuen und in verschiedenen Regionen als mögliche Strukturziele diskutiert werden.

3.8.3 Bewertung der hausärztlichen Position in der derzeitigen integrierten Versorgung

366. Projekte, die sich auf alle Versicherten (der kontrahierenden Kasse) einer umschriebenen Region beziehen, weisen gegenüber anderen Verträgen Vorteile auf: Unter dem Blickwinkel der Versorgungsqualität lassen sich relativ kurzfristig zentrale Outcome-Parameter wie Morbidität, Mortalität, Krankenhaustage, Arbeitsunfähigkeit, Arzneimitteleinsatz, Pflegebedarf u. ä. im Vergleich zu nicht vertraglich gebundenen Versicherten der gleichen oder analoger Regionen ermitteln und nach entsprechender Analyse kontinuierlich optimieren (vgl. z. B. Projekt ‚prosper' der Knappschaft, Greve 2006). Auf diese Weise wird sich der Vorteil einer Total- bzw. weitgehend vollständigen Erfassung der Versicherten für neue Formen einer realistischen Einschätzung des Versorgungsbedarfs von Regionen allgemein und im jeweils speziellen Fall nutzen lassen. Regionale Projekte enthalten in der Regel Ansätze der Präventionsförderung und fördern den Abbau unnützer Maßnahmen.

Dieser Rückgang an Überversorgung könnte zu einer geringeren Kapazitätsauslastung im fachärztlichen (z. B. kardiologischen, orthopädischen) Sektor führen, dem allerdings kompensatorisch eine bessere Morbiditätserfassung und Prävalenzausschöpfung im regionalen Verbund gegenübersteht.

Die Modellvorhaben, die hausarztzentrierte Versorgung sowie eine hausarztbasierte Versorgung im Rahmen der integrierten Versorgung bieten die Chance, dass die Vertragsparteien in einem dezentralen Suchprozess innovative Vergütungsmodelle erproben können, die auch die kooperativen Verbund-, Kommunikations- und Steuerleistungen der Hausärzte besonders berücksichtigen. So vergütet beispielsweise die AOK Baden-Württemberg in dem Hausarztmodell Rhein-Neckar einmalig Erstdokumentationen und Eingangsuntersuchen der teilnehmenden Versicherten. Zusätzlich erhalten die Hausärzte in diesem Modell je Quartal Qualitäts- und Betreuungspauschalen für Chroniker. In Zukunft soll diese extrabudgetäre Honorierung jedoch an die Übernahme von Ergebnisverantwortung durch die Hausärzte geknüpft sein. In den populationsorientierten Vollversorgungsmodellen ‚prosper' und ‚Gesundes Kinzigtal' werden die teilnehmenden Leistungserbringer auch an den Einsparungen beteiligt, die sich im Vergleich zu einer morbiditätsadjustierten Vergleichsgruppe in den Modellen ergeben haben. Ob die so erprobten Vergütungsformen in die Regelversorgung aufgenommen werden könnten, ist allerdings fraglich, da sie in erster Linie auf die Versorgungsschwerpunkte der jeweiligen Modelle ausgerichtet sind.

367. Die konkrete Vertragslandschaft scheint Argumenten für ein ‚hausarztzentriertes' Vorgehen i. S. des § 73b SGB V insofern Recht zu geben, als komplexe Verträge, insbesondere solche mit Regionenbezug, einen konstanten vom Versicherten gewählten ärztlichen Ansprechpartner vorsehen. Andererseits muss der gewählte Arzt, der für ihn Koordinations-, Weiterleitungs- und Steuerfunktionen übernimmt, nicht grundsätzlich der Hausarzt sein (z. B. Projekt UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte). Dies könnte man insofern auch positiv werten, als der gewählte Arzt zwangsläufig u. U. vielfältige neue Funktionen übernehmen und seinen fachlichen Horizont bei Multimorbidität erheblich erweitern muss. Auf diese Weise könnte sich im längeren Verlauf entsprechender Projekte eine gewisse gemeinsame Basiskompetenz der niedergelassenen Ärzte ergeben, die vor allem chronisch Kranken gewisse Vorteile bringen kann. Andererseits stellt eine qualifizierte ‚Lotsen'-funktion einen erheblichen Arbeitsaufwand, breites differentialdiagnostisches Wissen und die Kenntnis regionaler Hilfs- und Unterstützungsinstitutionen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems dar, die beim Fachkollegen nicht vorausgesetzt werden müssen und Ressourcen für die eigentlichen fachspezifischen Aufgaben blockieren. Auch können übergreifende Möglichkeiten der Gestaltung individueller Gesundheitsverläufe, die sich aus dem Einsatz psychosozialer Kompetenzen – z. B. zur Förderung individueller Gesundheitsressourcen (vgl. z. B. Salutogenetische Beratungsmodelle, Bahrs/Matthiessen 2007) – oder der Mitbehandlung von Familienangehörigen, der Langzeitanamnese, Fehlermanagement u. a. ergeben, nicht genutzt werden. Hier scheint die Lösung, dass ein vom Patienten gewählter Arzt zwar primärer Ansprechpartner ist, die Koordinierungs- und Steueraufgaben aber vom Hausarzt wahrgenommen werden (z. B. Projekt ‚Patient-Partner-Verbund'), einen gangbaren Weg aufzuzeigen.

Bei klarer Abgrenzung der jeweiligen fachlichen Kompetenzen kann sich die ärztlich fachliche Identitätsbildung im kooperativen Zusammenwirken besser herausbilden und die Erwartungen aber auch die Ansprüche, die vom Team an jeweilige Kollegen gestellt werden, lassen sich gezielter formulieren und u. U. auch einfordern. Vertragswerke, die den Hausarzt einbeziehen, weisen ihm in der Regel umschriebene Funktionen zu und konzentrieren sich auf bestimmte Schwerpunkte der Versorgung. Dadurch könnten weitere, gleichwohl wesentliche Versorgungspotentiale des Hausarztes wie psychosoziale Kompetenzen (s. o.) oder eingehende Beratung mit individueller Behandlungspriorisierung und -zielbildung – z. B. bei multimorbiden Hochaltrigen – in den Hintergrund treten oder gar verkümmern. Die einmal erfolgte Festlegung des Hausarztes auf einen bestimmten Vertrag, etwa im Rahmen eines Regionalprojektes, könnte seine Anschlussfähigkeit an neuere wissenschaftliche Entwicklungen des eigenen Faches und die Bereitschaft, sich an entsprechenden wissenschaftlichen Studien zu beteiligen, behindern, was auch für andere Fachrichtungen gelten kann.

Wenngleich zwar inzwischen eine Fülle von Verträgen existiert, so zeichnen sich jedoch weiterhin die bereits im Jahresgutachten 2005 (GA 2005, Kap. I) angedeuteten, für den Hausarzt daraus resultierenden Probleme ab: Die Vertragslandschaft, an der Hausärzte weit überwiegend beteiligt sind, weist eine kaum noch zu überblickende Vielfalt und Uneinheitlichkeit auf, da alle genannten Vertrags- bzw. Modellformen nebeneinander existieren. Viele der Verträge sind auf jeweils spezifische Problemkonstellationen der Versorgung gerichtet und schreiben dadurch vielfältige Qualitätsanforderungen vor. Unklar ist bisher, wie sich dies auf die Gesamteffizienz der hausärztlichen Versorgung auswirkt. Denkbar ist, dass das hochgradig diversifizierte Vertragswesen, das auch Hausärzte in großem Umfang betrifft, durch seine oft nur auf ausschnitthafte Einzelaspekte der Versorgung, wie z. B. die Arzneimittelverordnung, bezogenen Anforderungen eine einheitliche Berufszielbildung behindert. Auch scheint fraglich, wie weit unter diesen Umständen die Ausprägung vom Bedarf her gesteuerter sinnvoller hausärztlicher Versorgungsstrukturen gelingt. Dem Grundsatz, so wenig Versorgung wie möglich und nur so spezialisiert wie nötig, könnte die Verpflichtung, Versicherte beim Auftreten bestimmter Kennzeichen in komplexe über mehrere Sektoren verlaufende Integrationen zu übermitteln, entgegenstehen.

Die Kontrahierungsvielfalt stellt den Vertragsarzt zudem vor Probleme seines professionellen Selbstverständnisses, da er die jeweils optimale Versorgung, auch wenn sie nicht Gegenstand eines Vertrages ist, anderen Versicherten (z. B. bei rheumatologischen Krankheiten) kaum vor-

enthalten kann. So lässt sich z. B. im Hausarztsektor eine trennscharfe Verwirklichung der Vertragsbedingungen in der Alltagsversorgung kaum durchhalten. Dies wiederum steht u. a. dem Wettbewerbsgedanken der Krankenkassen untereinander entgegen.

Somit steht den positiven Ergebnissen und Chancen hausärztlicher Vertragspartnerschaften durch den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander, der gerade darauf beruht, Vielfalt der Alternativen anzubieten, die Gefahr gegenüber, dass Potentiale des Hausarztes blockiert werden und dem System Effektivitätsreserven verloren gehen.

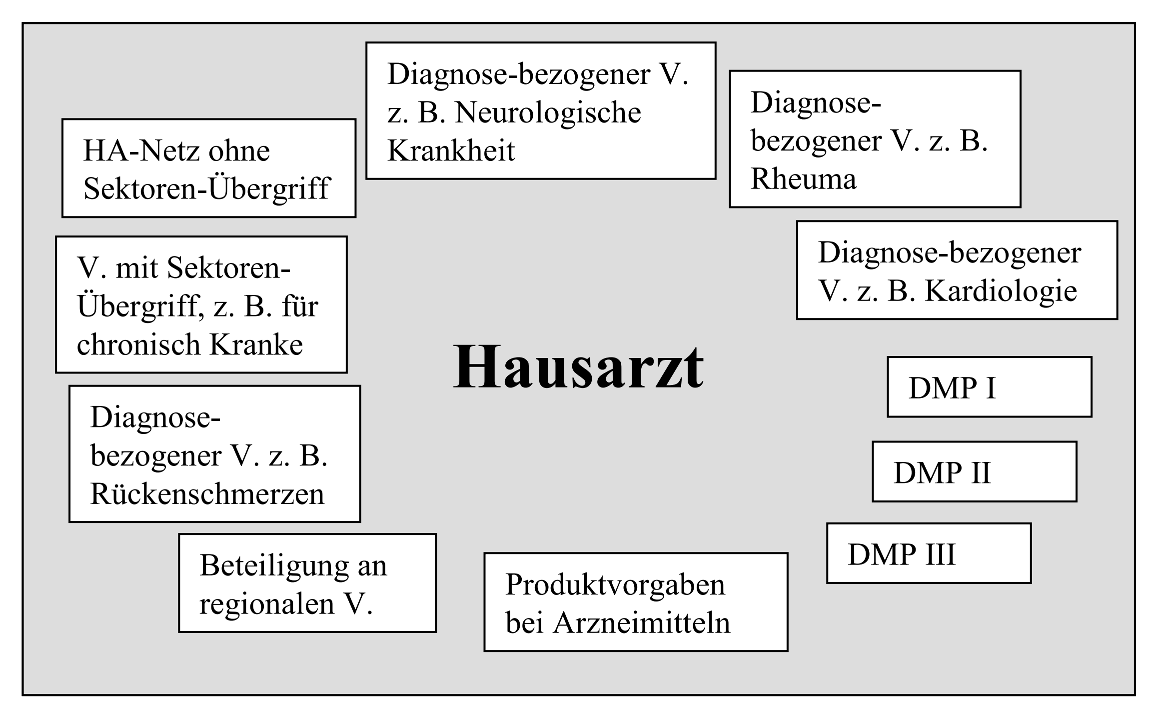
Schließlich stellt die derzeitige Vertragsvielfalt die Praxis vor kaum lösbare logistische Probleme und fordert einen hohen Ressourceneinsatz für administrative Tätigkeiten, da die Patienten der Praxen sich auf viele Krankenkassen mit unterschiedlichen vertraglichen Leistungsanforderungen und Versorgungsansprüchen der Patienten verteilt (Abbildung 9). So wird eine zunehmende Kontrahierungsverdrossenheit der niedergelassenen Ärzte verständlich.

368. Die Hausarztmedizin ist auf eine kontinuierliche medizinische Basisversorgung der im regionalen Umfeld der Praxis lebenden Bevölkerung angelegt und fungiert überwiegend als erste Anlauf-, Koordinations- und Verteilerstelle beim erstmaligen Auftreten von Gesundheitsstörungen, was sich auch in der hausärztlichen Aufgabenbeschreibung im Gesetz (s. o.) widerspiegelt. Dieser Versorgungsauftrag ist somit auf einheitliche Verfahrensregeln, die für alle Patienten gleichermaßen gelten, angelegt. Die Bearbeitung des umfassenden Problemspektrums, kann je nach medizinischer Konstellation nur in mehr oder weniger umfangreicher Kooperation mit anderen Fachrichtungen und Institutionen befriedigend erfolgen. Die Qualität der Wahrnehmung dieser Aufgaben bestimmt in nicht unerheblichem Umfang den Fluss finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen und damit das qualitative und wirtschaftliche Ergebnis.

Es zeigt sich am Beispiel der Hausarztmedizin vielleicht besonders deutlich, dass die medizinische Versorgung ihren Ausgangspunkt stets und entsprechend ihren Grundsätzen in analoger Weise bei einem medizinischen Sachverhalt bzw. einem kranken Menschen sieht. Fragen des Versichertenstatus spielen dabei im Grundsatz keine Rolle. Die Behandlung erfolgt nach wissenschaftlich begründeten Regeln. Eine selektive ‚Bevorzugung' bestimmter Patientengruppen nach medizinfernen Gesichtspunkten widerspricht diesen Grundsätzen und wird sich weder im hausärztlichen, teilweise wohl auch kaum im fachärztlichen Bereich durchhalten lassen. Es erfolgt also mit der Kontrahierungsvielfalt zwar hinsichtlich wirtschaftlich gerichteten Wettbewerb der Kassen um Versicherte eine im Grundsatz förderliche Maßnahme, aber in Bezug auf die medizinische Versorgung eine ihr wesensfremde Einordnung der Patienten.

Abbildung 9

Die Vertragsvielfalt in der hausärztlichen Praxis



Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs: Regionale Versorgungseinheiten – ein idealisiertes Modell

369. Die höchste denkbare Aggregation und Integration soll angesichts ihrer wachsenden Aktualität und Bedeutung für den Hausarzt im Folgenden unter dem Begriff ‚regionale Versorgungseinheit' allerdings als stilisiertes ideales Modell beschrieben werden.

Es handelt sich um integrierte Versorgungssysteme, die in sich geschlossene Versorgungseinheiten bilden und folgende Kriterien erfüllen:

– Die integrierte Versorgung ist regional/kommunal basiert (z. B. entsprechend dem politischen Ordnungsgefüge nach Landkreisen, Gemeinden usw.).

– Ihre Etablierung wird zuvor auf regionaler Ebene soweit abgesprochen, dass von einem grundsätzlichen Einverständnis der Bürger ausgegangen werden kann.

– Sie bezieht alle an der medizinischen Versorgung der Region beteiligten Gesundheitsprofessionen mit ein.

– Die regionale integrierte Versorgung ist primär an Arbeitsformen, Inhalten und Versorgungswirkungen, weniger an internen Wettbewerbselementen orientiert. Im Zentrum steht ein kooperativer Arbeitsstil, der nahtlose Evidenzbasierte Versorgungsketten zu erreichen sucht. Er ist u. a. an den auf der Basis einer regionalen Bedarfsplanung entwickelten Versorgungszielen orientiert.

– Zur Optimierung von Effektivität und Effizienz des Netzes muss die primäre Inanspruchnahme von Fachärzten bei neu aufgetretenen Gesundheitsstörungen so niedrig wie noch effektiv gehalten werden und die Steuer- und Filterfunktion des Hausarztes entsprechend qualifiziert ausgeprägt sein, z. B. durch wohl durchdachte ‚Hausarztmodelle'.

– Die Finanzierung ist auf verschiedene Weise denkbar. Ein Beispiel bildet ein jährlich festzulegendes Gesamtbudget, das zunächst dem Durchschnitt der bundesweiten Versorgungsaufwendungen in vergleichbaren Regionen bzw. Bevölkerungszahlen entspricht und für dessen Einhaltung die Leistungserbringer und -träger der Region die Verantwortung tragen. Es umfasst alle versorgungsbezogenen Kosten einschließlich Investitionen. Das Budget besitzt hier den Charakter einer Mittelzuweisung an die Versorgungseinheit, mit dem ein bestimmtes Resultat, d. h. die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, erzielt werden muss. Das Budget ist also, etwa im Gegensatz zu Haushaltsplänen, nicht input-, sondern output-orientiert und erreicht einen hohen Grad der Verbindlichkeit. Weitere Finanzierungsmodelle, die neben Pauschalen einen auf die individuellen Versorgungsergebnisse der einzelnen Leistungserbringer bezogenen Vergütungsanteil vorsehen, werden diskutiert (Meyer-Lutterloh/Amelung 2005).

– Als weiteres Element kann die Chance vorgesehen werden, durch effizientes Arbeiten in Bezug auf das Budget einen Überschuss zu erwirtschaften, der zumindest anteilig auch auf die Versorgungspartner umgelegt werden kann. Auf diese Weise entsteht ein Anreiz zu einer kosteneffizienten Erbringung von Gesundheitsleistungen bei gleichzeitiger Einhaltung der durch externe Evaluation überprüften Qualitätskriterien.

– Es besteht ein relativ freier Gestaltungsspielraum für die Arbeitsformen und -zeiten der Versorgungspartner. Auch sollte es grundsätzlich möglich sein, die im Rahmen der Honorierungsregeln für ärztliche Leistung erzielten Überschüsse gemeinschaftlich zu bündeln und z. B. nach Maßgabe von Arbeitszeiten u. ä. zu verteilen.

– Die gemeinsamen Interessen der freiberuflichen Versorgungseinheit werden vertreten durch eine zentrale Geschäftsstelle. Sie besteht neben Professionellen aus gewählten Vertretern der Leistungserbringer, der Gemeinden, Träger von stationären Versorgungs-Institutionen im Krankenhaus-, Reha- und Pflegebereich sowie von Versicherten und Patienten. Die Geschäftsstelle führt die Verhandlungen in rechtlicher und ökonomischer Hinsicht. Nach innen nimmt sie Aufgaben der Sicherstellung einer internen und externen Qualitätssicherung wahr und erfüllt weitere Management- und Dienstleistungsfunktionen, wie z. B. die Erstellung einer regionalen Versorgungsdatenbank, Evaluationen oder die Kooperation mit bzw. Lernprozesse durch andere, z. B. auch vergleichbare ausländische Modelle.

– Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern innerhalb der Region regelt sich über die Inanspruchnahme, sollte aber zu Gunsten einer übergeordnet gesteuerten QS/QM zurücktreten. (Ein regionales Versorgungsnetz sollte ohnehin eine einheitlich optimierte Qualität der Leistungen erreichen.)

– Wettbewerblich steht das gesamte Netz in Konkurrenz zu anderen regionalen Versorgungsnetzen bzw. den jeweils gegebenen Versorgungsformen, wobei die Erreichung von Versorgungszielen bzw. der Gesundheits- und Versorgungsstand der Bevölkerung in der Region, somit die Versorgungsergebnisse (weniger die dafür eingesetzten Versorgungsprozesse) leitend sind.

– Die regionale integrierte Versorgung unterliegt neben der Geschäftsstelle einer externen Aufsicht, die von einem Gremium aus Vertretern aller Beteiligten einschließlich Kommunen sowie einer Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten gebildet wird.

– Es wird hier auch eine Anlaufstelle für Beschwerden und Unzulänglichkeiten aus Sicht der Bevölkerung, Versicherten und Patienten etabliert.

– Für Patienten, die sich der Versorgung ihrer Region insgesamt nicht anschließen wollen, besteht jederzeit die Möglichkeit, die regionale Versorgungseinheit zu verlassen. Je nach Wohnort können sich durch weitere Wege in eine andere Versorgungsregion allerdings Nachteile für den Versicherten ergeben.

– Das Modell setzt voraus, dass sich alle in der Region vertretenen gesetzlichen Krankenkassen beteiligen.

Vor- und Nachteile auf Systemebene

370. Systemische Vorteile könnten sich wie folgt ergeben:

– Durch eine von der Bevölkerungsstruktur und Morbiditätserfahrungswerten ausgehende Erfassung des Versorgungsbedarfs wird eine Versorgungsplanung denkbar, die u. a. die Formulierung von Versorgungszielen für die Region ermöglicht.

– Angesichts veränderter Anreiz- und Kooperationsstrukturen scheint eine Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit eine kosteneffektivere Leistungserbringung nicht ausgeschlossen.

– Die Leistungserbringer werden somit in besonderem Maße bemüht sein, die Bandbreite des medizinischen Leistungsangebotes vor allem unter Effektivitätsgesichtspunkten einzusetzen. Dies kann z. B. zu einer weit über den üblichen Einsatz hinausführenden Heranziehung von Prävention und Rehabilitation führen.

– Eine einheitliche Dokumentation und Datenverarbeitung bereitet den Weg für verbesserte Chancen, die regionale Versorgung hinsichtlich ihrer Zielerreichung zu bewerten, kollektive Gesundheits- und Versorgungsverläufe zu beschreiben, wesentliche Steuerungseinflüsse zu identifizieren, Nutzen/Kostenbeziehungen zu beschreiben und durch Extrapolation die Versorgung kontinuierlich auch als lernendes System zu gestalten.

– Es können sich Wirtschaftlichkeitsvorteile ergeben durch gezielte gemeinschaftliche Investitionsplanung, die gemeinsame Nutzung von Technologie und Rabattvergünstigungen durch Mengenanfall vieler Produkte.

– Angesichts partizipativer Entscheidungsstrukturen, die als solche bereits einen Systemgewinn darstellen, lassen sich eventuell erforderliche Rationierungen von Versorgungsleistungen eher als in der traditionellen Versorgung transparent und für die Versicherten verständlich sowie auf partizipativem Entscheidungsweg auch akzeptabel machen.

Im Einzelnen werden die Leistungserbringer insbesondere vermehrt auf psychologische Bedingungen in der Versorgung wie unzureichende Compliance und Information, gelungene Patienten-Arzt-Beziehungen, Beachtung der Prioritäten des Patienten i. S. des *informed consent* achten, was die Qualität der Versorgung erhöht.

Im Bereich der Prävention besteht seitens der Leistungserbringer ein Interesse daran, die Krankheitslast niedrig zu halten und somit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie z. B. Teilnahme an Vorsorgeprogrammen, ausreichenden Impfschutz oder die Senkung gesundheitlicher Risiken, zu fördern. Somit ist davon auszugehen, dass entsprechende Erwartungen auch mit Nachdruck an den Patienten weitergegeben werden. Der Patient sieht sich in der Situation, nicht nur Leistungen zu erhalten, sondern auch selbst ‚Gegenleistungen' zu erbringen. Er wird vermehrt aus der passiven in eine aktive Rolle gebracht, z. B. wenn Medikamente erst nach der zumindest versuchten Ausschöpfung eigener Leistungen, etwa als Bewegungs- und Ernährungsumstellung, bei der essentiellen Hypertonie eingesetzt werden.

Die durch das Gesetz ermöglichten Bonusregelungen der Krankenkassen hinsichtlich Gesundheitsverhalten der Versicherten werden vermutlich in den regionalen integrierten Versorgungsformen mit höherer Wahrscheinlichkeit als in partiellen Vertragsregelungen aufgegriffen, sofern sie dem angestrebten Gesamtergebnis einer regionalen, gerade auch kosteneffektiven Versorgung zuarbeiten. Die damit verbundenen Erfahrungen einer unmittelbar spürbaren eigenen Verantwortung des Versicherten und Patienten für seine Gesundheit werden somit wahrscheinlicher.

Es ist damit zu rechnen, dass elektronische Medien vor allem zum Zweck der besseren schnittstellenübergreifenden Versorgung, z. B. in Form einer speziellen elektronischen Patientenkarte, nicht nur wahrscheinlicher als in der herkömmlichen Versorgung, sondern insbesondere systematisch eingesetzt und genutzt werden. Sie werden zu einem unverzichtbaren Instrument der schnittstellenübergreifenden Versorgung.

Für die Leistungserbringer ergeben sich neue Chancen, ihre Kompetenzen, z. B. in der Gremienarbeit, als Teampartner oder im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen z. B. zur Patientensicherheit (s. Unterkapitel 5.2), zu erweitern. Sie profitieren von flexiblen Arbeitszeiten, einem kalkulierbaren Einkommen und der Möglichkeit, fachfremde Arbeiten delegieren zu können, sowie letztlich einer möglicherweise verbesserten Berufszufriedenheit.

371. Den genannten Chancen und möglichen Vorteilen stehen andererseits Nachteile und Behinderungen ihrer Verwirklichung entgegen:

Es ist von einer aufwendigen Planungsphase auszugehen, die mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten nicht zuletzt auch durch Einstellungsveränderungen vor allem seitens der Leistungserbringer verbunden sein dürfte.

Es ist mit langwierigen Lernprozessen der Leistungserbringer, z. B. angesichts der erforderlichen Entwicklung und Durchsetzung tragfähiger Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen, bis zum Erreichen optimaler Versorgungsleistungen zu rechnen.

Zur Umsetzung entsprechender Projekte besteht somit ein erheblicher Entwicklungsbedarf, der den Akteuren Veränderungen abverlangt, die etwa bei Ärzten weit über die Professionalisierung durch die traditionelle Fortbildung hinausgehen.

Dem einzelnen Leistungserbringer bleibt weniger Spielraum für individuelle Lösungen und eine eigenständige Weiterentwicklung seines Arbeitsfeldes. So könnte es zu einer Unterdrückung innovativer Anregungen durch Zwang zum Gruppenkonsens kommen.

Zielführende Anreizsysteme, z. B. durch verschiedene Formen des Wettbewerbs, wären für dieses Modell noch zu entwickeln und zu erproben.

Wirtschaftliche Anreize bestehen für die Leistungserbringer vorrangig indirekt. Dies verlangt insbesondere von den niedergelassenen Ärzten ein Umdenken, das mehr auf Qualität der Leistungen im Gruppenkonsens gerichtet ist und Widerstände z. B. durch Fachegoismen auslösen könnte.

Zur Optimierung einer regionalen Versorgung ist eine gemeinsame, zumindest in den dafür relevanten Eckpunkten übereinstimmende Vertragsbildung der gesetzlichen Kassen erforderlich. In wie weit sich dieses Ziel realisieren lässt, muss offen bleiben.

Vor- und Nachteile für Bürger und Versicherte

372. Für die Bürger besteht bei der regionalbasierten integrierten Versorgung keine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versorgungsformen innerhalb ihrer Wohnregion. Im Bezug auf Leistungserbringer (‚freie Arztwahl') besteht Wahlfreiheit innerhalb der medizinischen Fachrichtungen, d. h. jeder Versicherte ist bei Wahl und Wechsel von Hausarzt und Facharzt frei. Eingeschränkt ist jedoch die freie Fachwahl durch den Patienten. Hierfür wird ärztliches Urteil vorausgesetzt. Frei gewählt werden können angeschlossene Institutionen wie ambulante Pflegedienste, Praxen von Physio- oder Ergotherapeuten.

Entscheidende Vorteile bieten sich dem Patienten und Bürger in folgender Hinsicht: Zeitverluste, Aufwand, Mehrfachbehandlung. Informationszersplitterung und -intransparenz können vermieden werden. Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer kann über verschiedene Fachgrenzen und Versorgungsformen hinweg zum nahtlosen Übergang des Patienten in die jeweils erforderliche Behandlung erfolgen. Je nach regionaler Programmatik können Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation dazu beitragen, den gesundheitlichen Informationsstand der Bevölkerung zu verbessern und ihre Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Der Patient profitiert schließlich durch eine ggf. verbesserte Versorgungsqualität. Dabei können partizipative Elemente einer Mitbestimmung der Patientenseite in dem Lenkungsgremium sowie den Gremien der internen und externen Qualitätssicherung eine Rolle spielen.

373. Die beschriebene Versorgungsform stellt auch an den Patienten Erwartungen und Ansprüche. Eine integrierte Versorgung mit Regionsbezug wird bei entsprechenden Anreizen alle Wege der Rationalisierung auszuschöpfen suchen. Dazu gehört es auch, dem Patienten eine weitmögliche eigene Verantwortung für seine Gesundheit speziell für das eigene Krankheitsmanagement zu übertragen. Die Schulung chronisch Kranker für den eigenständigen Umgang mit den Techniken der Überwachung und Behandlung bildet ein Beispiel hierfür. Diese Maßnahmen tragen andererseits zur Steigerung der Patientenautonomie bei. Sie stellen aber Patienten und Versicherte u. U. insgesamt vor erhebliche Schwierigkeiten. Vor allem wird ihnen eine Umstellung und Anpassung ihrer bisherigen Erwartungen und Einstellungen abverlangt, die durchaus Motivations- und Akzeptanzprobleme mit sich bringen kann.

Die Partizipation der Patientenseite auf den entscheidungsrelevanten Ebenen der Versorgungseinheit kann hier andererseits für Transparenz und gegenseitiges Verständnis sorgen, so dass die Umstellung dem Patienten in regionalen integrierten Versorgungsformen vergleichsweise erleichtert wird.

Der Einsatz einer elektronischen Patientenkarte könnte dem Patienten neue Möglichkeiten bieten, den eigenen Gesundheitszustand zu überblicken, zu verstehen und Einflussfaktoren z. B. auch selbstkritisch zu bewerten. Krankheiten bzw. die gesundheitlichen Perspektiven können gezielt in die Lebensplanung einbezogen werden. Die auf diese Weise für den Patienten zugänglichen Informationen fördern wiederum den Bedarf an entsprechenden Nachfragen und damit die Qualität der Information und Beratung durch den Arzt.

374. Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine regionale Versorgungseinheit wie skizziert erst in wenigen Ansätzen verwirklicht ist und hinsichtlich ihrer Entwicklung und der konkreten Auswirkungen für die Beteiligten und das System z. B. angesichts der hohen Komplexität noch schwer zu überblicken ist. Geht man davon aus, dass sich Versorgungsformen auf regionaler Basis etablieren könnten, so böten sie auch besondere Chancen, verschiedene, in diesem Gutachten vom Rat geforderte Entwicklungen umzusetzen.

Ungeachtet der Tatsache, dass die gegebene Versorgungswirklichkeit bereits jetzt vielfältige Kooperations- und Kommunikationsbrüche zwischen Berufsgruppen und Institutionen aufweist, und somit erhebliche Entwicklungsschritte bis zu einer befriedigenden Verwirklichung der beschriebenen Versorgungsform erfolgen müssten, soll versucht werden, auf einige dieser Chancen wie folgt hinzuweisen.

Unter der Anreizwirkung eines durchgreifenden Qualitätsmanagements mit externer Supervision und dem Wettbewerb mit vergleichbaren Regionen einerseits sowie der Chance über Qualität Gewinne zu erzielen, könnte sich die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen schneller und mit weniger Suchprozessen und Sackgassen d. h. bedarfsgerecht entfalten. Der beschriebene regionale Ansatz mit formulierten Zielen erleichtert die Einsicht, gemeinsam ‚an einem Strang zu ziehen'. Er schafft bei einer nicht schwerpunktmäßig an Leistungsmengen gebundenen Vergütung die nötigen Freiräume für die inhaltliche Auseinandersetzung und Planung neuer kooperativer Aufgaben und Strukturen.

Unter dem Gebot rationaler Notwendigkeiten wird sich, wie auch bei den übrigen Berufsgruppen zu erwarten, das Profil der (haus)ärztlichen Tätigkeit schärfen. Die jeweiligen berufsgruppenspezifischen Beiträge werden leichter als in der bisherigen Vertragsbildung erkennbar, die eine berufsgruppenübergreifende Kooperation jenseits der Ärzteschaft noch wenig vorsehen, und vor allem dort zum Einsatz gelangen, wo sie als unersetzbar gebraucht werden.

Der Umfang, in dem mit dem Auftreten bestimmter vulnerabler Gruppen zu rechnen ist, unterliegt z. B. hinsichtlich Arbeitslosen oder behinderten Hochaltrigen erheblichen regionalen Schwankungen. Präventive Bedarfe können auf regionaler Basis vergleichsweise leicht ermittelt und primärpräventive Maßnahmen dementsprechend angepasst werden. Besondere Chancen ergeben sich für partizipative Präventionsmodelle auf kommunaler Ebene, bei denen Betroffene selbst aktiv in Aufgaben einbezogen werden.

Schließlich ist es nicht abwegig anzunehmen, dass einzelne regionale Versorgungsverbünde spezifische einen Verbund u. U. charakterisierende ‚Kulturen' im Sinne von Schwerpunkten wie z. B. eine ‚Sicherheitskultur', ‚Präventionskultur' oder ‚Beziehungskultur' mit einem befriedigenden vom Rat (z. B. GA 2000/2001) vielfach angemahnten Umgang mit dem Patienten ausbilden.

3.9 Fazit und Empfehlungen

375. Der Rat hat in seinem JG 2003 (Ziffer 647ff.) bereits mehrere Vorschläge für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unterbreitet und der Gesetzgeber setzte zwischenzeitlich einen Großteil dieser Empfehlungen um. Die in den letzten Jahren verabschiedeten Gesetze, d. h. vor allem das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22. Dezember 2006 und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 schufen einen deutlich verbesserten Rechtsrahmen für die integrierte Versorgung und damit zugleich für einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Krankenkassen und Leistungserbringer finden als potentielle Vertragspartner inzwischen zumindest ausreichende ordnungspolitische Voraussetzungen vor, um innovative Versorgungskonzepte umzusetzen bzw. entsprechende Projekte zu starten.

376. Obgleich mittlerweile (Ende erstes Quartal 2007) alleine zu den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V ca. 3 500 Anträge vorliegen und sich hier auch bei einigen ‚Leuchtturmprojekten' gewisse Erfolge abzeichnen, vermag eine Zwischenbilanz des bisher Erreichten unter gesundheitlichen und ökonomischen Aspekten noch nicht zufriedenzustellen. Da die integrierten Versorgungsformen zur Regelversorgung gehören, sieht das Gesetz bei den entsprechenden Projekten – im Unterschied zu den Modellvorhaben nach §§ 63-65 und den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f-g – keine obligatorische Evaluation der Programme bzw. Netze vor. Wo dies freiwillig geschieht, deuten selbst die publizierten Ergebnisse nicht auf den angestrebten Durchbruch zu einer effizienteren oder effektiveren Patientenversorgung hin. Es existiert an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungssektoren weiterhin ein beachtliches, nicht ausgeschöpftes Rationalisierungspotential, dessen Realisierung u. a. durch einen intensiveren Wettbewerb erleichtert werden könnte. In diesem Kontext bestehen noch immer Defizite bezüglich der Transparenz, die Versicherte und Patienten über allfällige Versorgungsoptionen und Leistungsqualitäten besitzen, bei den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen, den Vergütungssystemen der Leistungserbringer, der Qualitätssicherung, der Arzneimitteldistribution, dem Verhältnis der einzelnen Varianten integrierter Versorgung zueinander und der zielgerichteten Kooperation der unterschiedlichen Akteure.

377. Ebenso wie der Wettbewerb stellt auch die integrierte Versorgung in all ihren Varianten keinen Selbst-

zweck, sondern ein Mittel zur Realisierung von gesundheitlichen und ökonomischen Zielen dar. Dies bedeutet, dass Projekte zur integrierten Versorgung nicht per se den Zielkriterien genügen, sondern erst über ihr Verhältnis von gesundheitlichen Outcomes zu Ressourceneinsatz ihre Effizienz- und Effektivität nachweisen können und normativ betrachtet auch müssen. Die meisten Projekte zur integrierten Versorgung weisen, wie nahezu das gesamte deutsche Gesundheitswesen, noch immer ein spürbares Defizit an Outcome- bzw. Zielorientierung auf. Dabei beinhalten Outcomeindikatoren – in möglichst quantitativer Form – den gesundheitlichen Nutzen bzw. die entsprechende Wohlfahrt, die den Patienten und Versicherten aus der Gesundheitsversorgung oder bestimmten Gesundheitsleistungen erwächst. Im Verhältnis zu den Outcomeindikatoren, die Lebenserwartung und -qualität der Patienten und Versicherten widerspiegeln, kommt den Managementindikatoren, die auch die speziellen Versorgungsformen und gesundheitliche Strategien umfassen, unter Zielaspekten nur instrumentale Bedeutung zu.

378. Die Projekte zur integrierten Versorgung bedienen sich in unterschiedlicher Form und Intensität gewisser Elemente von Managed Care. Hierzu gehören neben einem breiten Spektrum von Aktionsparametern der Krankenkassen im Bereich der Vertrags- und Leistungsgestaltung vornehmlich eine sektorübergreifende Koordination und Kooperation zwischen allen am Behandlungsablauf Beteiligten, eine Patientensteuerung, selektives Kontrahieren der Krankenkassen mit ausgewählten Leistungserbringern, pauschale Vorausvergütungen in Form von Capitation oder Komplexpauschalen für abgegrenzte Leistungsbündel sowie eine intensive Qualitätssicherung. Managed Care umfasst nach der hier gewählten Definition neben indikationsübergreifenden, populationsbezogenen Versorgungsnetzen u. a. Disease Management und Case Management. Dabei bezieht sich Disease Management auf Patientengruppen mit bestimmten gleichartigen, zumeist chronischen Krankheiten, während sich Case Management auf einzelne komplizierte und zumeist kostenintensive Krankheitsfälle konzentriert.

379. Tabelle 11 gibt einen synoptischen Überblick über die Managed Care-Elemente in den ‚besonderen Versorgungsformen'. Obgleich mit Ausnahme der Modellvorhaben alle diese Versorgungsformen zur Regelversorgung gehören, besitzen mehrere von ihnen eine fach- und sektorübergreifende Orientierung und erlauben ein selektives Kontrahieren sowie ex- oder implizit eine Vergütung der Leistungserbringer durch Capitation. Allerdings schreiben nur die zeitlich befristeten Modellvorhaben und strukturierten Behandlungsprogramme eine Evaluation der jeweiligen Programme durch unabhängige Sachverständige verpflichtend vor. Die Möglichkeit, selektiv zu kontrahieren, schließt nur bei den integrierten Versorgungsformen Kollektivverträge bzw. die Mitwirkung der KVen grundsätzlich aus. Der Sicherstellungsauftrag der KVen kann dagegen bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren.

380. Verglichen mit den bestehenden Allokationsprozessen in der GKV zielen die Projekte zur integrierten Versorgung auch darauf ab, die Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens über eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen und Leistungserbringer zu verbessern. Dies bedingt sowohl eine Zunahme der Wettbewerbsparameter von Krankenkassen und Leistungserbringern als auch eine tendenzielle Verlagerung der Allokationsentscheidungen von der Makro- über die Meso- auf die Mikroebene. An die Stelle des gemeinsamen und einheitlichen Handelns oder der korporativen Steuerung treten dann verstärkt dezentrale Verhandlungen und damit ein Vertrags- und Versorgungswettbewerb mit selektivem Kontrahieren. Dabei geht es nicht um einen Ersatz der Kollektivverträge durch selektive Kontrahierung und damit einhergehend um eine Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Selektive Vertragsverhandlungen können, wie im JG 2005 (Ziffer 38ff.) gezeigt, viel mehr auch innerhalb eines kollektivvertraglichen Rahmens erfolgen und ebenso mit der korporativen Koordination in Wettbewerb treten.

381. Die integrierte Versorgung beinhaltet sowohl die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V, als auch die Strukturverträge nach § 73a sowie die Modellvorhaben und die strukturierten Behandlungsprogramme. Dabei stehen derzeit infolge ihrer ausgeprägten Anreizstrukturen die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g stärker im Mittelpunkt des Interesses der Vertragsparteien. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen, die auf eine integrierte Versorgung chronisch Kranker abzielen, handelt es sich um eine Variante von Disease Management Programmen. Solche indikationsspezifischen Behandlungsprogramme können die Vertragsparteien aber auch mit Hilfe von integrierten Versorgungsformen oder Modellvorhaben durchführen. Die strukturierten Behandlungsprogramme bilden somit nur eine Teilmenge von Disease Management Programmen und zwar jene Variante, die eine Anbindung an den Risikostrukturausgleich (RSA) aufweist.

382. Über die speziellen Organisationsformen integrierter Versorgung hinaus eröffnete der Gesetzgeber den Krankenhäusern in den letzten Jahren vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Dies gilt vor allem für das ambulante Operieren, die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen und die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 Abs. 1. Von den derzeit (Ende 2006) 666 MVZ-Zulassungen befinden sich 29 % in reiner Trägerschaft der Krankenhäuser, aber erst 7 % aller Krankenhäuser gründeten ein MVZ. Den niedergelassenen Vertragsärzten ermöglicht das VÄndG über eine modifizierte Zulassungsordnung die Bildung von leistungsfähigen Behandlungsnetzen, ohne sich dabei eines MVZ bedienen zu müssen. Im GKV-WSG verdient in diesem Zusammenhang die besondere ambulante ärztliche Versorgung spezielle Beachtung. In ihrem Rahmen können die Krankenkassen alleine oder in Kooperation mit anderen Kassen Verträge abschließen, die sowohl populationsbezogen die gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch indikationsbezogen einzelne Bereiche derselben beinhalten. Im Rahmen

Tabelle 11

Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen / Elemente	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63-65	§ 73b	§ 73c	§ 140a-d	§ 137f-g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	
Kollektivverträge möglich	X	X	X	(X)[1]	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	(X)[2]	(X)[2]	X	

[1] Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.
[2] Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.
Quelle: Eigene Darstellung

der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung können die KVen ebenfalls als Vertragspartner der Krankenkassen fungieren, während die integrierten Versorgungsformen solche Kollektivverträge ausschließen (siehe Tabelle 11).

383. Für eine erfolgreiche Umsetzung der integrierten Versorgungsformen beseitigte das GMG nicht nur die bis dahin bestehenden Schwächen der Rahmenordnung, sondern trug darüber hinaus mit der 1 %igen Anschubfinanzierung auch zu einer zusätzlichen Verbesserung der Anreizstruktur bei. Das VÄndG verlängerte diese Anschubfinanzierung bis Ende 2008 und das GKV-WSG ermöglicht den Krankenkassen, erheblich erweiterte Wahltarife anzubieten, die vor allem im Rahmen der integrierten Versorgung zum Einsatz kommen können. Mit der Vorschrift, dass die Krankenkassen jeden einzelnen Wahltarif aus spezifischen Einsparungen finanzieren müssen, möchte der Gesetzgeber hier einer naheliegenden Risikoselektion vorbeugen. Die entsprechenden Berichte bzw. Evaluationen versprechen eine breitere Informationsbasis über die bisher umstrittene Eignung dieser Tarifform in der GKV.

384. Infolge der attraktiven Anschubfinanzierung stiegen die bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) registrierten Verträge zu den integrierten Versorgungsformen von 613 im ersten Quartal 2005 auf 3 498 im ersten Quartal 2007. Bei diesen Verträgen handelt es sich zu fast 99 % um indikationsbezogene, die überwiegend chirurgische Eingriffe, z. B. bei Hüft- und Kniegelenksendoprothetik, vorsehen. Im Gegensatz hierzu fordert die Sollvorschrift im GKV-WSG in diesem Rahmen eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung". Von den ca. 4,07 Mio. eingeschriebenen Versicherten (Stand: 1. Quartal 2007) befinden sich allerdings über die Hälfte in Verträgen zur Hausarzt- und fachübergreifenden Versorgung, obwohl diese nur gut 1 % aller Verträge ausmachen. Ob und inwieweit hausarztbasierte Modelle die Kriterien der integrierten Versorgungsformen in einzelnen Fällen erfüllen, ist umstritten. Die reine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, die Mitte 2007 ca. 1,3 Mio. Versicherte einschloss, gehört eindeutig nicht zur integrierten Versorgung. Hausarztbasierte Modelle lassen sich allerdings um Module der anderen besonderen Versorgungsformen ergänzen und auf diese Weise in die integrierte Versorgung überführen. Da an den strukturierten Behandlungsprogrammen Ende 2006 ca. 2,69 Mio. Versicherte teilnahmen, beläuft sich die Gesamtzahl der Versicherten in den besonderen Versorgungsformen inzwischen auf über 8 Mio.

385. Im Unterschied zu indikationsbezogenen Projekten besitzen populationsbezogene, die sich in der Region an alle Versicherten der jeweils kontrahierenden Krankenkasse richten, den Vorzug, die Versorgungsqualität umfassend ermitteln und optimieren zu können. Als Benchmark bzw. Bewertungsmaßstab kann die gesundheitliche Entwicklung von nicht eingeschriebenen Versicherten in derselben oder anderen Region(en) dienen. Ein solches populationsbezogenes Netz vermag auch allfällige Sach-, Arznei- und Hilfsmittel sowie Medizingeräte und -produkte kostengünstig einzukaufen.

386. Komplexe populationsbezogene Versorgungsnetze sehen in der Regel einen von Versicherten gewählten konstanten (ärztlichen) Ansprechpartner vor, wobei es sich zumeist, aber nicht zwangsläufig um einen Hausarzt handelt. Dieser Arzt sieht sich dann gezwungen, vielfältige neue Funktionen zu übernehmen und seine Kenntnisse über Multimorbidität zu erweitern, was vor allem älteren Patienten zugute kommt. Die erfolgreiche Ausübung einer solchen Gatekeeper-Funktion erfordert neben Engagement breites differentialdiagnostisches Wissen, psychosoziale Kompetenzen und darüber hinaus die Kenntnis regionaler Hilfs- und Unterstützungsorganisationen.

387. Die strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management Programme (im folgenden vereinfacht: DMP) stellen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten eine Variante der integrierten Versorgung dar. Derzeit existieren sechs solcher DMP, d. h. für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Sie unterscheiden sich von anderen Ansätzen integrierter Versorgung vornehmlich durch ihre Anbindung an den RSA. Durch Einschreiben von chronisch Kranken in ein DMP Diabetes Typ 2, koronare Herzkrankheit oder Brustkrebs wächst der spezielle Beitragsbedarf einer Krankenkasse um durchschnittlich 250 % bzw. 252 % sowie 376 % an. Die Krankenkassen besitzen daher einen hohen finanziellen Anreiz, die DMP mit Hilfe der KVen flächendeckend umzusetzen und alle chronisch Kranken zu einer Einschreibung zu bewegen. Die Verknüpfungen von DMP und RSA führt insofern statt zu dem angestrebten Qualitäts- zu einem Einschreibewettbewerb der Krankenkassen. Zudem droht die Beschränkung auf nur sechs chronische Krankheiten die Versorgung anderer zu diskriminieren, was sowohl für bestimmte Patienten, als auch für spezielle Leistungserbringer und Krankenkassen eine Benachteiligung darstellen kann. Schließlich verhinderte die uniforme Ausgestaltung der DMP erfolgversprechende dezentrale Suchprozesse und lässt damit wettbewerbliche Potentiale unausgeschöpft.

388. Obgleich die Ergebnisse von internationalen empirischen Studien über die Effekte von DMP unterschiedlich ausfallen, lassen diese Befunde den Schluss zu, dass DMP grundsätzlich die Effizienz und Effektivität auch des deutschen Gesundheitswesens verbessern können. Hierzu bedarf es allerdings geeigneter Anreizstrukturen und einer zielorientierten Kooperation aller Beteiligten. Aus dieser Perspektive stehen nicht die DMP als solche zur Diskussion, sondern ihre derzeitige Ausgestaltung und hier vor allem die Anbindung an den RSA, die mit uniformen Programmen und einer mangelnden Risikostratifizierung einhergeht. Die externen Evaluationen durch unabhängige Sachverständige, zu denen der Gesetzgeber die Krankenkassen bei den DMP verpflichtet, dürften erst Mitte 2007 vorliegen. Erste Publikationen der Krankenkassen deuten zwar auf eine gestiegene Zufrie-

denheit der Patienten sowie einige verbesserte Surrogatparameter, aber nicht auf ein insgesamt überzeugendes Nutzen-Kosten-Verhältnis der DMP hin. Angesichts ihres erheblichen Verwaltungsaufwandes bilden nicht ein Verzicht auf DMP hier die adäquate Benchmark, sondern andere Versorgungsformen, wie Modellvorhaben, integrierte Versorgungsformen und in deren Kontext Case Management. Sofern der RSA die im GKV-WSG vorgesehene Ausdifferenzierung erfährt, läuft die Anbindung der DMP an den RSA Ende 2008 aus.

389. Da die Schweiz und die USA bereits über längere und umfangreichere Erfahrungen mit Managed Care-Ansätzen verfügen, bietet es sich an, die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen in diesen Ländern zu beleuchten und nach umsetzbaren Erkenntnissen für die deutsche Gesundheitsversorgung zu überprüfen. Entgegen den ursprünglich weitaus optimistischeren Prognosen lag in der Schweiz der Marktanteil von Managed Care-Modellen im Jahre 2005 nur bei 12,1 %. Innerhalb dieser Managed Care-Ansätze dominieren die Hausarztmodelle mit 6,7 %, während die klassischen Health Maintenance Organizations (HMO) nur 1,4 % erreichen. Unbeschadet des Verbreitungsgrades bescheinigen Studien den HMO ein höheres Kostensenkungspotential als den Hausarztmodellen. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, das Wahltarife durchaus in einem regulierten Wettbewerb mit anderen Versicherungsformen bestehen können. Dabei zeigt sich generell, dass die Krankenkassen eher mit der Qualität der Behandlung als mit Prämienzahlungen werben sollten. Die Managed Care-Modelle gewinnen für die Versicherten an Attraktivität, wenn sie ihnen erlauben, im Einzelfall gegen Zuzahlung auch einen netzexternen Leistungserbringer aufzusuchen. Die schweizerische Gesetzgebung sah davon ab, die Krankenkassen zu einem Angebot bestimmter Managed Care-Modelle zu verpflichten. Der Wettbewerb als Suchprozess führte dazu, dass die Krankenkassen Modelle, die ihre Erwartungen nicht erfüllten, wieder vom Markt nahmen.

390. In den USA bildeten die Gründung und Ausbreitung von Managed Care-Organisationen (MCOs) eine Reaktion auf stark steigende Gesundheitsausgaben und Qualitätsmängel in den achtziger Jahren. Im Unterschied zur Schweiz konnten die MCO in den USA inzwischen einen Marktanteil von 93 % erzielen und damit die herkömmliche Krankenversicherung nahezu verdrängen. Innerhalb der MCOs schrumpfte der Anteil der Health Maintenance-Organisationen (HMOs) zwischen 1996 und 2006 von 31 % auf 20 %. Dagegen nahmen die Anteile der Prefered Provider-Organisationen (PPOs), die den Versicherten größere Freiheiten bei der Wahl der Leistungserbringer einräumen, in diesem Zeitraum von 28 % auf 60 % zu. Da in den USA die Arbeitgeber den überwiegenden Teil der Versicherungsprämien zahlen, spiegeln der jeweilige Leistungskatalog und die Modalitäten seiner Inanspruchnahme auch die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt wider. Der angestrebten Effizienzsteigerung der Versorgung standen häufig ein Mangel an qualifizierten Netzen auf der Anbieterseite, ein unzureichender Wettbewerb der Krankenversicherungen und die Marktmacht der Anbieter entgegen. Es zeigte sich u. a., dass die reine Integration von Krankenhäusern und ambulanten Ärzten bei fehlendem Wettbewerb zwischen den Netzanbietern keine Effizienzgewinne erzeugt. Diese Situation liegt z. B. vor, wenn alle Krankenkassen – ähnlich wie bei den strukturierten Behandlungsprogrammen in Deutschland – mit denselben Anbieternetzen Verträge abschließen. Infolge des hohen Marktanteils der MCOs in den USA spielen wettbewerbspolitische und -rechtliche Aspekte auf der Anbieter- und Nachfrageseite eine erhebliche Rolle. Unabhängig von der Frage der Unternehmereigenschaft von Krankenkassen bzw. der Gültigkeit des funktionalen Unternehmensbegriffs legen die amerikanischen Erfahrungen bei kompetitiven Märkten die Notwendigkeit einer Flankierung durch das Wettbewerbs- und Kartellrecht nahe. Die Entwicklung zu einem stärker wettbewerblichen System bedarf, um Fehlentwicklungen mit Folgeschäden zu verhindern, einer adäquaten ordnungspolitischen Rahmenordnung.

Empfehlungen

391. Eine sektorübergreifende Optimierung, die sektoral orientierte Kalküle überwindet, erfordert an den Schnittstellen der Leistungssektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-)Qualitätsstandards und dieselbe Vergütung für gleiche Leistungen. Im Sinne eines funktionsfähigen und fairen Wettbewerbs bedürfen neben der Qualitätssicherung auch die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden sowie das Finanzierungssystem einer sektorübergreifenden einheitlichen Ausgestaltung. Größere ambulante Einheiten und MVZ können moderne Verfahren ähnlich qualifiziert umsetzen wie Krankenhäuser. Hinsichtlich der Vergütung bieten sich sektorübergreifende Finanzierungsvereinbarungen mit Komplexpauschalen an. Gleiche Wettbewerbschancen zwischen Krankenhäusern sowie diesen und den Vertragsärzten implizieren die monistische Finanzierung, die auch eine bessere Ressourcenallokation verspricht. Andernfalls legen Wettbewerbsaspekte Vergütungsabschläge bei stationären gegenüber ambulanten Einrichtungen nahe.

392. Mit Ausnahme des obligatorischen Angebotes einer hausarztzentrierten Versorgung basieren alle besonderen Versorgungsformen auf Verträgen und damit auf Einigungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Bei den entsprechenden Verhandlungsprozessen gingen die Initiativen schon in der Vergangenheit, d. h. seit den Anfängen von Strukturverträgen und Modellvorhaben, von beiden Seiten aus. Dabei führt vor allem eine frühzeitige Einbindung der Vertragsärzte zu einer höheren Akzeptanz, die neben der Compliance der Patienten eine wesentliche Voraussetzung für eine Ausschöpfung des Verbesserungspotentials bei der Einführung von neuen Versorgungskonzepten bildet. So akzeptieren die Vertragsärzte in der Regel nur netzinterne Arzneimittel-Positivlisten, an deren Erstellung und Fortschreibung sie selbst mitgewirkt haben. In diesem Kontext gilt im Sinne einer dynamischen Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse auch, im Vertrag eine enge Festlegung der jeweiligen Zuständigkeiten zu vermeiden. Die Verträge sollten für Anpassungsmöglichkeiten an den medizinisch-

technischen Fortschritt und für Lerneffekte aus Evaluationsergebnissen offen bleiben.

393. Die Tätigkeit der Leistungserbringer gründet sich bei der ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen der Kollektivverträge auf einmalige Zulassungsakte, im Zuge selektiven Kontrahierens dagegen auf Einzelverträge. Dabei stützt sich die Zulassung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zur Versorgung in der GKV nicht primär auf Qualitätskriterien, sondern auf regionale Kapazitätsberechnungen. Die zu einer bestimmten Zeit zugelassenen Leistungserbringer bzw. beati possedentes zeichnen sich daher nicht zwangsläufig durch eine höhere Qualität aus als jene, die bisher (noch) von der Teilnahme an der Versorgung ausgeschlossen blieben. Aus diesem Grund und auch, um den Qualitätswettbewerb zu fördern, sollten auch jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, die derzeit über keine Zulassung verfügen, aber die spezifischen Qualitätsanforderungen erfüllen, mit den Krankenkassen selektiv kontrahieren können (so auch JG 2005, Ziffer 109). Ein Ausschluss an der Versorgung in der GKV von Leistungserbringern, die qualitativen Anforderungen nachweislich eher als andere genügen, lässt sich mit einem zielorientierten Wettbewerb nicht vereinbaren.

394. Da die strukturierten Behandlungsprogramme eine Variante integrierter Versorgung darstellen, gibt es keine überzeugenden Gründe, die DMP von der übrigen integrierten Versorgung zu trennen und mit anderen finanziellen Anreizmechanismen zu versehen. Bei einem hinsichtlich der Morbiditätsindikatoren ausdifferenzierten RSA erübrigt sich eine Anbindung der DMP an den RSA ohnehin, wobei die entsprechende Regelung im GKV-WSG allerdings noch viele Fragen offen lässt. Bei geltendem RSA, der hinsichtlich der Morbiditätsstruktur im Wesentlichen nur Alter und Geschlecht ausgleicht, bedarf es zusätzlicher Anreize, um Krankenkassen zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung chronisch Kranker zu bewegen. Unter diesen Bedingungen bietet es sich an, die DMP in die integrierten Versorgungsformen einzugliedern und deren Anschubfinanzierung mit der hier vorgesehenen zeitlichen Befristung zu erhöhen.

395. Die Regelung des § 73b SGB V, nach der die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche bzw. hausarztzentrierte Versorgung anbieten müssen, widerspricht sowohl ordnungspolitischen Vorstellungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs als auch der Integrationsidee. Unter Wettbewerbsaspekten reicht es völlig aus, wenn die Krankenkassen über die Möglichkeit zu einem solchen Angebot verfügen. Sofern die hausarztzentrierte Versorgung gegenüber alternativen Versorgungsformen in den Augen der Versicherten bzw. Patienten komparative Vorteile aufweist und zu mehr Effizienz und Effektivität führt, besitzen die Krankenkassen ohnehin ein virulentes (Eigen-)Interesse an dieser Versorgungsform. Die hausarztzentrierte Versorgung sollte wie ihre allfälligen Alternativen eine faire Chance im Wettbewerbsprozess erhalten, aber keine Privilegierung genießen. Für Krankenkassen, die eine hausarztzentrierte Versorgung ohne gesetzlichen Zwang nicht anbieten würden, laufen die entsprechenden Aufwendungen teilweise auf eine Ressourcenverschwendung hinaus. Die empirischen Erfahrungen in der Schweiz und den USA sprechen ebenfalls dagegen, den Krankenkassen das Angebot einer bestimmten Versorgungsform vorzuschreiben, statt die Wahl der Modelle dem Wettbewerb als Suchprozess zu überlassen. Für die Verpflichtung des Angebots einer hausarztzentrierten Versorgung mögen auf der Grundlage der geltenden Versorgungsstrukturen prima vista einige Kostenaspekte sprechen, diese Vorgabe entspricht aber letztlich mehr einem fragmentierten als einem integrierten Versorgungsmodell. In letzterem nimmt die hausarztbasierte Versorgung einen zentralen Platz ein, aber nicht als isoliertes und segmentiertes Institut, sondern angereichert um zahlreiche Module in einem integrierten Netzwerk. Sofern keine sektorübergreifenden Finanzierungsvereinbarungen zustande kommen, sollten zumindest bei der hausärztlichen Honorierung Komplexpauschalen, die Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsleistungen abdecken, Anwendung finden.

396. Da die gesetzlichen Regelungen bei den integrierten Versorgungsformen und vor allem bei den DMP starke finanzielle Anreize setzen, nahm das Interesse der Vertragsparteien an den Modellvorhaben, die am ehesten dezentrale Suchprozesse intendieren und zudem eine Begleitforschung erfordern, verständlicherweise spürbar ab. Eine Begleitforschung durch unabhängige Sachverständige erscheint aber auch bei den integrierten Versorgungsformen, zumindest bei strittigen oder aufwendigen Projekten, auch insofern erforderlich, als diese in organisatorischer Hinsicht durchaus Neuerungen darstellen können. Andernfalls bleibt auch unklar, ob und inwieweit die einzelnen Modelle die Effizienz und Effektivität der Versorgung verbessern, d. h. Vorzüge gegenüber der herkömmlichen Versorgung aufweisen. Schließlich ergibt sich die Forderung nach einer Evaluation auch aus den Finanzierungsmodalitäten der integrierten Versorgungsformen. Da die Finanzierung nicht über eine spezifische Budgetbereinigung, sondern aus den allgemeinen ambulanten und stationären Töpfen erfolgt, besitzen die mitfinanzierenden Nicht-Vertragspartner ein legitimes Informations- und Schutzinteresse an einer effizienten und effektiven Verwendung der aus den allgemeinen Budgets ausgegliederten Mittel.

Vor dem Hintergrund, dass Projekte zur integrierten Versorgung zunächst Investitionskosten verursachen, die sich erst mit einer teilweise erheblichen zeitlichen Verzögerung in Minderausgaben oder Qualitätsverbesserungen niederschlagen, erscheint die Anschubfinanzierung in Form einer pauschalen sektoralen Budgetbereinigung für einen gewissen Zeitraum eine vertretbare Maßnahme, die sich auch von ihrer Anreizstruktur her bisher als erfolgreich erwies. Sie stellt allerdings hinsichtlich der Verwendung der ausgegliederten Ressourcen keine verursachungsgerechte Lösung dar. Sie gewährleistet unter Allokationsaspekten nicht, dass allfällige Effizienzgewinne auch bei den Vertragspartnern anfallen, die diese positiven Effekte erzeugen. Hierzu bedarf es einer spezifischen Bereinigung der Gesamtvergütungen um jenen Betrag, den die Versorgung der jeweiligen Netzversicher-

ten in der herkömmlichen Versorgung im Rahmen des kollektiven Systems gekostet hätte. Für die Beurteilung von Effizienz und Effektivität der integrierten Netze bildet die alternative herkömmliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich die Benchmark. Insgesamt gesehen lässt sich die bestehende Anschubfinanzierung sowie (beim geltenden RSA) eine eventuelle Einbeziehung der DMP – dann mit einer Aufstockung der Finanzierung auf 2 % – sogar bis zum Jahre 2010 durchaus rechtfertigen. Danach sollte aber eine spezifische, morbiditätsorientierte Bereinigung der Gesamtvergütungen erfolgen.

397. Ein zielorientierter Vertragswettbewerb setzt auch innerhalb der Behandlungsarten noch einige strukturelle Änderungen voraus. Er bedingt z. B., dass die DRGs im stationären Sektor keine Festpreise darstellen (siehe Kapitel 4). Die Krankenkassen können zwar schon im geltenden System nach § 130 Abs. 8 SGB V Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen, den Unternehmen bei Preisnachlässen aber mit vertretbarem Verwaltungsaufwand oder ohne Mithilfe der KVen kaum zusätzliche Umsätze garantieren. Die derzeitigen Rabattverträge, die marktbeherrschende Krankenkassenarten mit den (Generika-)Produzenten schließen und mit Hilfe von KVen umzusetzen versuchen, entsprechen neben ihrer wettbewerbsrechtlichen Problematik nicht den Prinzipien eines Vertragswettbewerbs mit selektivem Kontrahieren von Krankenkassen und Leistungsanbietern auf der Mikroebene. Schließlich bleiben ohne eine Suspendierung der Preisspannenverordnung die inländischen (Versandhandels-) Apotheken gegenüber den ausländischen Versandhandelsapotheken diskriminiert.

398. Erweiterte Möglichkeiten selektiven Kontrahierens begünstigen tendenziell sowohl bei den Leistungsanbietern als auch bei den Krankenkassen Konzentrationsprozesse. Diese können je nach den spezifischen Gegebenheiten negative, aber auch positive allokative Effekte auslösen (siehe auch JG 2005, Ziffer 70ff.). Eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau erfordert sicherlich keine ca. 240 Krankenkassen, ca. 21 000 Apotheken oder ca. 2 500 Krankenhäuser. Diese Feststellung gilt unabhängig davon, dass es hier a priori keine optimale Betriebsgröße gibt, sondern diese sich erst im Zuge der Wettbewerbsprozesse einstellt und zudem im Zeitablauf ständig wandelt. Eine Intensivierung selektiven Kontrahierens im Gesundheitswesen bedingt, um die Funktionsfähigkeit des Vertrags- und Versorgungswettbewerbs zu schützen, die Existenz wettbewerbsrechtlicher Normen, wie das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und das Gesetz gegen den Unlauteren Wettbewerb (UWG). Die marktbeherrschende Stellung, die Krankenkassen(arten) in einer Region häufig einnehmen, lässt vor allem einzelnen Vertragsärzten und Krankenhäusern kaum die Möglichkeit, sich einer Vertragsbildung zu entziehen.

§ 69 SGB V schloss bisher nach herrschender juristischer Meinung die Anwendung dieser Gesetze völlig aus, was der Stärkung eines zielorientierten Wettbewerbs widerspricht. Die amerikanischen Erfahrungen mit Managed Care-Systemen deuten auf die mittel- bis langfristigen Gefahren unkontrollierter Wettbewerbsprozesse hin. Das GKV-WSG trug diesen Aspekten insoweit Rechnung, als es im Grundsatz die Gültigkeit der §§ 19-21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in den § 69 aufnahm. Damit gelten hier die Verbote des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung, der Diskriminierung, der unbilligen Behinderung, des Boykotts und des sonstigen Wettbewerbs beschränkenden Verhaltens. Ob diese wettbewerbsrechtlichen Regelungen, die in die Zuständigkeit der Sozialgerichte fallen, künftig für einen funktionsfähigen Wettbewerb ausreichen oder einer Erweiterung bedürfen, gilt es ebenfalls kritisch zu verfolgen.

Exkurs: Ein Weg zur optimalen Allokation von Gesundheitsleistungen

399. Mit dem Ziel einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung schuf, wie in diesem Kapitel dargelegt, der Gesetzgeber in den letzten 10 Jahren zahlreiche Möglichkeiten und Anreize, um im Rahmen medizinischer Behandlung die bisher zu starke Fragmentierung der Leistungssektoren zu überwinden. Die sektorübergreifende Versorgung vermag jedoch per se, vor allem bei divergierenden Interessen der Leistungserbringer, die Effektivität und Effizienz der Leistungserstellung nicht zu garantieren. Unter Allokationsaspekten setzt die optimale Integration von Gesundheitsleistungen hinsichtlich der Anreizsysteme voraus, dass die jeweiligen individuellen Rationalitäten der Leistungserbringer mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Patientenversorgung übereinstimmen. Unter idealen ordnungspolitischen Bedingungen bedeutet dies z. B. hinsichtlich der Vergütung, dass Ärzte, die präventive Angebote vernachlässigen oder Patienten zu spät an spezialisiertere Einheiten abgeben, und Krankenhäuser, die eine Selektion der Patienten vornehmen oder diese zu früh entlassen, sich finanziell letztlich selbst schaden würden und angesichts solcher Erwartungen schon aus Eigeninteresse systemgerecht handeln. Diese Überlegungen schließen eine systemgerechte Versorgung aus ethischen Gründen keineswegs aus, aber diese Beweggründe können – wie in allen anderen Ländern und Berufszweigen auch – eine Rahmenordnung mit finanziellen Anreizen zum systemrationalen Handeln nicht ersetzen.

400. Die Bedingungen für eine Angleichung von Individual- und Systemrationalität liegen im Rahmen der gesundheitlichen Leistungserstellung am ehesten bei einer Versorgungseinheit vor, die über ein umfassendes Versorgungsangebot an präventiven und therapeutischen Leistungen verfügt. Sofern eine solche Versorgungseinheit von einer Krankenkasse für bestimmte Leistungen eine Pauschale oder eine sektorübergreifende Komplexpauschale erhält, legt das unternehmerische Kalkül eine effiziente Leistungserstellung nahe. Für die Sicherung der Leistungsqualität bliebe allerdings eine externe Kontrolle unverzichtbar. Zahlt die Krankenkasse an eine solche umfassende Versorgungseinheit für jeden Versicherten mit befreiender Wirkung eine Jahrespauschale (Capitation), so besitzen die Leistungserbringer – sofern die Versicherten ihr Versorgungsnetz nicht bzw. nur selten wechseln – auch ein Interesse an präventiven Leistungsangeboten und keine Motive für eine nicht indizierte Erhöhung der Fallzahlen sowie nach Einschreibung der Versicherten keine Möglichkeiten zur Risikoselektion. Die Jahrespauschale kann tendenziell eine Morbiditätsorientierung aufweisen, die aber den Anreiz zur präventiven Leistungsangeboten nicht beeinträchtigen sollte.

Eine solche umfassende Versorgungseinheit vereinigt unter einem ‚ökonomischen Dach' u. a.

- zur Optimierung klinischer Prozesse im Sinne des Flussprinzips die vier Hospitationsebenen Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care unter Einschluss einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
- ein angeschlossenes MVZ mit angestellten oder freiberuflich tätigen Ärzten, sowie auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,
- das gesamte Spektrum pflegerischer Tätigkeit,
- alle Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel, wie z. B. Physiotherapie,
- Fachkräfte hinsichtlich präventiver Maßnahmen,
- Verbindungen zu Institutionen der sozialen Arbeit und der Selbsthilfe sowie
- eine Netzapotheke mit Dependancen, die auf der Basis indikationsspezifischer Vertragslisten direkt mit pharmazeutischen Firmen kontrahiert.

401. Die Initiative zu einer solch umfassenden Versorgungseinheit kann von einem Krankenhausbetreiber, was zunächst logistisch naheliegt, aber auch von einem größeren Verbund von niedergelassenen Ärzten ausgehen. Dabei bietet sich für diese Versorgungseinheiten eine Konzentration ihres Tätigkeitsfeldes auf bestimmte Regionen an. Unter ökonomischen Aspekten erscheint aber auch eine zentrale Bündelung von solchen Versorgungseinheiten aus unterschiedlichen Regionen vorstellbar. Dieses überregional agierende Versorgungsunternehmen könnte in ökonomischer Hinsicht mit einem Markennamen und verbindlichen internen Qualitätsstandards werben und die Vorzüge eines Verbundes von mehreren Teleportal-Kliniken mit einer Schwerpunktklinik nutzen. Die Aufteilung der Einnahmen und Überschüsse innerhalb der (über-)regionalen Versorgungseinheiten bleibt den Unternehmen bzw. den beteiligten Leistungserbringern überlassen. Sie besitzen ein Interesse daran, die Vergütungsformen so auszugestalten, dass die damit verbundenen Anreize mit der Zielsetzung der Versorgungseinheit weit möglich harmonieren. Gleiches gilt für die Aufgabenverteilung innerhalb der Gesundheitsberufe. Im Rahmen von Gatekeeping und Case Management können Aufgaben und Funktionen je nach Anforderungsprofil qualifikationsgerecht von Ärzten und spezialisierten Pflegekräften übernommen werden. Ein mitlaufendes medizinisches und ökonomische Controlling ermöglicht allfällige Lern- und zügige Anpassungsprozesse.

402. Die Entstehung und Ausdehnung von Versorgungseinheiten, die ein Vollsortiment an ambulanten und therapeutischen Leistungen anbieten, geht auf der Seite der Leistungserbringer – und mittelbar möglicherweise auch bei den Krankenkassen – mit einer deutlichen Verstärkung der derzeit bereits vorhandenen Konzentrationsprozesse einher. In Ballungsräumen können noch mehrere solcher Versorgungseinheiten miteinander konkurrieren, in dünner besiedelten Gebieten fehlen hierfür die notwendigen Angebotskapazitäten. Sofern allerdings die Transparenz über die Leistungsqualitäten in Verbindung mit einem Outcome-Management der Versorgungseinheiten zunimmt, stehen auch Leistungsanbieter unterschiedlicher Regionen zumindest mittelbar in einem Leistungswettbewerb. Je mehr Transparenz die Versicherten und Patienten über allfällige Leistungsqualitäten besitzen, um so eher dürften sie bei nicht-zeitkritischen Eingriffen die Kompetenz spezialisierter Leistungserbringer den Annehmlichkeiten einer wohnortnahen Behandlung vorziehen. Die Veröffentlichung und Verbreitung von Qualitätsdaten mit Hilfe entsprechender Indikatoren bildet eine wesentliche Voraussetzung, um einen – auch überregionalen – Qualitätswettbewerb im Gang zu setzen und zu intensivieren. Zudem können in grenznahen Gebieten von qualifizierten ausländischen Leistungserbringern wettbewerbsstimulierende Impulse ausgehen. Gleichwohl stellt sich trotz der noch verbleibenden Wettbewerbselemente bei regional umfassenden Versorgungseinheiten gegenüber dem Status quo verschärft die Problematik gesamtwirtschaftlich nachteiliger Konzentrationsprozesse. Damit fällt der wettbewerblichen Aufsicht eine in ihrer Bedeutung stark gestiegene Kontrollfunktion zu.

3.10 Literatur

Ahmed, A. (2002): Quality and Outcomes of Heart Failure Care in Older Adults: Role of Multidisciplinary Disease Management Programms. Journal of the American Geriatrics Society, 50(9): 1590-1593.

Altenhofen, L., Haß, W., Oliveira, J. und Brenner, G. (2002): Modernes Diabetesmanagement in der ambulanten Versorgung. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Diabetesvereinbarungen in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Köln.

Amelung, V.E. und Schumacher, H. (2004): Managed Care, 3. Auflage, Wiesbaden.

Amelung, V.E; Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R. und Weatherly, J.N. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, Berlin.

America's Health Insurance Plans (2004): Snapshots of Health Care Services Offered to Medicaid Beneficiaries, http://www.ahip.org (Stand 30.05.2006).

Amhof, R. und Böcken, J. (2007): Neue Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung: Versichertenpräferenzen und Erfolgspotentiale. Die BKK, 95(März): 111–117.

Arnold, M., Lauterbach, K. W. und Preuß, K.-J.(Hrsg.) (1997): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart/New York.

Bamezai, A., Zwanziger, J., Melnick, G.A. und Mann, G.M. (2001): Price Competition and Hospital Cost Growth in the United States (1989-1994). Health Economics, 8(3).

Baumann, M. und Stock, J. (1996): Managed Care-Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung, Düsseldorf.

Baumberger, J. (1996): Die Entstehung der HMO in der Schweiz. Arbeit und Sozialpolitik, 50(9/10): 28–33.

Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care: Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Stuttgart/New York.

Baur, R.S.J. (2002): Neue Formen der Krankenversicherung in der Schweiz – zur Evaluation der ersten HMOs in Europa, in: Preuss, K.J., Räbiger, J. und Sommer, J.H. (Hrsg.), Managed Care. Evaluation und Performance Measurement integrierter Versorgungsmodelle: Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA: 135–152.

Baur, R. (2005): Managed Care-Modelle: Bestandsaufnahme 2004, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung: 316.701, Bundesamt für Gesundheit.

Beck, K. (2004): Risiko Krankenversicherung, Bern (u. a.).

Beck, K. (2006): Schweizer Krankenkassen – Der Wettbewerb, Gesundheit und Gesellschaft, 9(9): 30–33.

Beck, K., Trottmann, M., Käser, U., Keller, B., von Rotz, S. und Zweifel, P. (2006): Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenkasse.

Benko, L.B. (2002): Routine Maintenance – Disease Management Programs Continue to Grow, but Lack of Physician and Patient Cooperation Remains a Sore Spot. Modern Healthcare, 32(26): 30-32.

Berchtold, P. und Hess, K. (2006): Managed Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2006. Managed Care, 6: 29–36.

Berghöfer, P. (2005): Erste Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung an einem Universitätsklinikum. Das Krankenhaus, 4: 274–280.

BKK (2007): Mehr Angebote durch integrierte Versorgung: BKK Landesverband schließt Hausärztevertrag. BKK Aspekte, Informationen der Betriebskrankenkassen in Niedersachen und Bremen, Februar 2007.

Blendon, R.F.; Brodie, M.; Benson, J.M.; Altman, D.E.; Levitt, L.; Hoff, T. und Hugick, L. (1998): Understanding The Managed Care Backlash. Health Affairs 17(4): 80–94.

Blum, K., Offermann, M. undSchilz, P. (2006a): Krankenhaus Barometer kompakt. Arzt und Krankenhaus, 11: 329–334.

Blum, K., Offermann, M. und Schilz, P. (2006b): Krankenhaus Barometer Umfrage 2006, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.

Bodenheimer, T. (2000): Disease Management in the American Market. British Medical Journal, 320: 563–566.

Boniakowsky, D. (2005): Disease Management Programme und ihre Bedeutung für Krankenhäuser, Hannover.

BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2007): Statistik der registrierten IV-Verträge, http://www.bqs-register140d.de (Stand 21.05.2007).

Böhlert, I., Adam, I. und Robra, B.P. (1997): Das Schweizer Gatekeepersystem – ein Modell zur Verbesserung der Leistungsentwicklung und Wirtschaftlichkeit, Gesundheitswesen, 59: 448–494.

Börner, T. und Richter, N. (2007): Strukturierte Behandlungsprogramme – Entwicklung und Stand der DMP. Die Ersatzkasse 1/2007: 26–28.

BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) (Hrsg.) (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz: Synthesebericht, Beiträge zur Sozialen Sicherheit: Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005.

Bundeskartellamt (2006): Stellungnahme des Bundeskartellamtes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG), Bundestagsdrucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006.

Bundesversicherungsamt (o.J.): Wie funktioniert derRisikostrukturausgleich?, Bonn

Bundesversicherungsamt (2006): Daten zum Risikostrukturausgleich;www.bva.de.

Busse, R., Schreyögg, J. und Schlösser R. (2006): Modellierung des Kapitalwertes von Disease-Management-Programmen unter Anwendung der Monte-Carlo-Simulation. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 29(3): 276–301.

Cannon, M.F. (2006): Health Savings Accounts: Do the Critics Have a Point? Cato Institute, Policy Analysis 569.

Cassel, D., Epsen, I., Greß, S. Jacobs, K., Schulze, S. und Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006.

Chernew, M.E., Wodchis, W.P., Scanion, D.P. und Mc Laughlin, C.G. (2004): Overlap In HMO Physician Networks. Health Affairs, 23(2): 91–101.

Ciliberto, F. und Dranove, D. (2006): The effects of physician-hospital affiliations on hospital prices in California. Journal of Health Economics, 25(1): 29–38.

Clade, H. (2004): Gesundheitsreform – Wettlauf um Win-Win-Verträge: Bereits fast hundert Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen. Deutsches Ärzteblatt, 101(31-32): A 164–A 2165.

Cortekar, J. und Hugenroth, S. (2006): Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, Marburg.

Cuellar, A.E. und Gertler, P.J. (2006): Strategic integration of hospitals and physicians. Journal of Health Economics, 25(1): 1–28.

Degener-Hencke, U. (2003): Behutsame Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 20(4): 329–334.

Delaronde, S. (2005): Improving Asthma Treatment in a Managed Care Population. American Journal of Managed Care, 11(6): 361–368.

DiSalvo, T.G. und Stevenson, L.W. (2003): Interdisciplinary Team-Based Management of Heart Failure. Disease Management and Health Outcomes, 11(2): 87–94.

Disease Management Association of America (2006): DMAA Definition of Disease Management, http://www.dmaa.org/definition (Stand 30.05.2007).

Dranove, D. und Lindrooth, R. (2003): Hospital Contolidation and Costs: Another Look at the Evidence. Journal of Health Economics, 22(6).

Draper, D.A. und Claxton, G. (2004): Managed Care Redux: Health Plans Shift Responsibilities to Consumers. Center for Studying Health System Change, Issue Brief 79.

Dolderer, M., Güldensupp, H. und Amelung, V.E. (2006): Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster, in: Weatherly, J.N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägel, R. und Amelung, V.E. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care: 73–82.

Eichenlaub, A., Steiner, M., Riedel, W., Maetzel, J., Kaatz, J. und Reiche, R. (2004): Evaluation des Modellprogramms „Diabetes Sachsen-Anhalt“. Im Auftrag des AOK Bundesverbandes und des IKK Bundesverbandes, Köln.

Eichenlaub, A. und Steiner, M. (2005): Verbesserte Diabetikerversorgung in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der Evaluation des Diabetes Modellprojektes (1. Quartal 2001 bis 4. Quartal 2002). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 99: 191–195.

Ellrodt, G., Cook, D.J., Lee, J., Cho, M., Hunt, D. und Weingarten, S. (1997): Evidence-Based Diasease Management. Journal of the American Medical Association, 278(20): 1687–1692.

Enthoven, A.C. (2004): Market Forces And Efficient Health Care Systems. Health Affairs, 23(2): 25–27.

Enthoven, A.C. und Tollen, L.A. (2005): Competition in Health Care: It Takes Systems To Pursue Quality And Efficiency. Health Affairs, W 5: 420–433.

Epstein, R.S. und Sherwood, L.M. (1996): From Outcomes Research to Disease Management: A Guide fort the Perplexed. Annals of Internal Medicine, 124(9): 832–837.

FAZ (Frankfurter Allgemeine Zeitung) (2006): Medizin mit Abstrichen. Die Qualitätsoffensiven gehen oft am Patientenwohl vorbei. FAZ, 17.05.2005

Franke, D. (2005): DMP aus Sicht der ärztlichen Praxis, in: AOK-Bundesverband, (Hrsg.), DMP – Höhere Versorgungsqualität für chronisch Kranke, Berlin, 31. Mai 2005: 60–71.

Fischer, T., Lichte, T. und Popert, U. (2005): Disease-Management-Programme – Halten sie, was sie versprechen? Ein aktueller Überblick über den Stand der Literatur, in: Jahrbuch für kritische Medizin, 4: 8-19.

Gabel, J., Pickreign, J. und Whitmore, H. (2006): Behind the Slow Enrollment Growth of Consumer-Directed Health Plans. Center for Studying Health System Change, Issue Brief: 107.

Gaynor, M. (2006a): Is vertical integration anticompetetive? Definitely maybe (but that's not final). Journal of Health Economics 25(1): 175–180.

Gaynor, M. (2006b): What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets? University of Bristol, Centre for Market and Public Organisation, Working Paper 06/151.

Gaynor, M. (2006c): Why Don't Courts Treat Hospitals Like Tanks for Liquefied Gases? Some Reflections on Health Care Antitrust Enforcement. Journal of Health Politics, Policy and Law, 31(3): 497–510.

Gaynor, M. und Haas-Wilson, D. (1998): Vertical Relations in Health Care Markets, in: Morrisey, M. (Hrsg.), Managed Care and Changing Health Care Markets, Washington, D.C..

Gaynor, M. und Vogt, W.B. (2000): Antitrust and Competition in Health Care Markets, in: Culyer, A. und Newhouse, J. (Hrsg.), Handbook of Health Economics, 1405–1487, New York.

Gaynor, M. und Vogt, W.B. (2003): Competition among Hospitals. RAND Journal of Economics, 34: 764–785.

Gerlinger, T. (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung: Zu den Auswirkungen der Reform von 1996, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health: SP I 2003–301.

Gerst, T. (2004): Integrierte Versorgung: Viele Varianten scheinen möglich. Deutsches Ärzteblatt print, 101(26), 25.06.2004: A-1862/B-1554/C-1490.

Gerst, T. und Korzilius, H. (2005): Viel Geld im Spiel. Deutsches Ärzteblatt, 102(43) vom 28.10.2005: A 2904–2909.

Gillespie, J.L. (2002): The Value of Diesease Management-Part 3: Balancing Cost and Quality in the Treatment of Asthma. Disease Management, 5(4): 225-2322.

Giovanoli, E. (2006): Die Anstrengungen der Grundversorger zeigen Wirkung, Managed Care, 6: 26–28.

Ginsburg, P.B. (2004): Tax-free but of little account. Modern Healthcare, February 16.

Ginsburg, P.B. (2005): Competition In Health Care: Its Evolution Over The Past Decade. Health Affairs 24(6): 1512-1522.

Ginsburg, P.B. und Lesser, C.S. (2006): A Decade of Tracking Health System Change. Center for Studying Health System Change, Commentary, 2.

Goodman, J.C. (2002): The American Experience with Managed Care. National Center for Policy Analysis.

Greiner, W. (2005): Ökonomische Aspekte des Disease Management, Baden-Baden.

Greve, G. (2006): Das Integrierte Versorgungssystem prosper, Gesundheits- und Sozialpolitik, Baden-Baden, 3–4: 23–28.

GVG (2006): Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts. Entwicklung von Bewertungskriterien, Köln, Dezember 2006.

Hagenauer (2004): IGOMED Thun: Zwischenbilanz nach sieben Jahren. Managed Care, 6: 1–3.

Hamdad, H. (2006): Wenige Partnerschaften, viele Singles: Zahl der Kooperationen steigt. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(5): 532–534.

Haas-Wilson, D. (2003): Managed Care and Monopoly Power: The Antitrust Challenge. Cambrigde, Mass., London.

Häussler, B. und Berger U. (2004): Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung, Baden-Baden.

Häussler, B., Wille, E., Wasem, J. und Storz, P. (2005): Diabetiker im Disease Management. Erste Erkenntnisse über die Wirkung der Disease Management Programme in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 9–10/2005: 23–33.

Held, M., Leber, W. und Wolff, J. (2005): Ambulantes Operieren neu geregelt. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22 (3): 256–262.

Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F.W. und Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“: Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings, Gesundheits- und Sozialpolitik. Baden-Baden : Nomos-Verl.-Ges., ISSN 0340-8434 (5-6): 11–29.

Hildebrandt, H. (2004): Integrierte Versorgung – Stand der Dinge: Die aktuelle Vertragslandschaft – Erfahrungen und Probleme, ku-Sonderheft Integrierte Versorgung (9): 4–11.

Hurley, R.E., Strunk, B.C. und White, J.S. (2004): The Puzzling Popularity of the PPO. Health Affairs, 23: 56–68

Igel, C. und Wille, E. (2007): Stabilisierung sozialer Sicherungssysteme, insbesondere der Kranken- und Pflegeversicherung, in: Hauff, M. von (Hrsg.), Die Zukunftsfähigkeit der Sozialen Marktwirtschaft, Marburg,: 241–282.

IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH), Cassel, D., Wille, E. und WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2006): Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Forschungsbericht 006 Gesundheitsforschung, Berlin.

Ignagni, K. (2001): Health Plans and Disease Management-Threats and Opportunities. Disease Management & Health Outcomes, 9(12): 675–682.

Indra, P. (2002): Ansätze der Helsana zur Einführung von Managed Care in der Schweiz, in: Preuss, K.J., Räbiger, J. und Sommer, J.H. (Hrsg.), Managed Care. Evaluation und Performance Measurement integrierter Versorgungsmodelle: Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA: 153–170.

Institut für Strategieentwicklung: Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster (2006: Ergebnisse der Evaluation durch das Institut für Strategieentwicklung. Pressemitteilung vom 2006, http://wga.dmz.uni-wh.de/orga/file/ifse/ifse Zusammenfassung Evaluation IV-Muenster.pdf (Stand 06.03.2007.

Jacobs, K. (2003): Zur Verknüpfung von Risikostrukturausgleich und Disease-Management-Programmen: Anmerkungen aus ordnungspolitischer Sicht, in: Pfaff, H.,

Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engelmann, U. und Halber, M. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management, Bern: 207–211.

Janus, K. und Amelung, V.E. (2004): Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien – Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Gesundheitswesen, 66: 649–655.

Jowers, J.R. (2000): Diesease Management Program Improves Asthma Outcomes. American Journal of Managed Care, . 6(5): 585–592.

Keller, C., Morar, R., Baumgärtner-Voderholzer, R., Adam, R. und Fillenberg, B. (2006): Zufriedene Gründer und zufriedene Patienten – Erste bundesweite Studie zur Ergebnisqualität von Medizinischen Versorgungszentren. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(6): 652–655.

Kingreen, T. (2007): Europarechtliche Implikationen eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG).

Kippert, M. und Kumpf, S. (2005): Strukturierte Behandlungsprogramme DMP – Vom „Desaster-Management“ zum Erfolgsmodell? – Eine kritische Bilanz, in: BKK Aspekte. Informationen der Betriebskrankenkassen in Niedersachen und Bremen, Oktober 2005: 2–5.

Klein, R. (2007): Krankensparverträge als Alternative zu herkömmlichen Krankenversicherungsformen, Hamburg.

Knappe, E. (Hrsg.) (1997): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden.

Knieps, F. (2006): Neue Versorgungsformen, in: Schnapp, F. und Wigge, P. (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts: Das gesamte Kassenarztrecht. 2. Aufl., München: Beck, C.H.: 349–77.

Kolpatzig, K. und Willenborg, P. (2006): Gute Noten für Disease-Management. Gesundheit und Gesellschaft, 9(6): 40–41.

Krause, D.S. (2005): Economic Effectiveness of Disease Management Programs: A Meta-Analysis. Disease Management, 8(2): 114–134.

Kühne, R., Preiswerk, G. und Weber, F. (2003): Deutliche Hinweise auf echte Kostenersparnisse durch Hausartzmodelle. Managed Care, 4: 31–33.

Kukla, G. (2007): Das GKV-WSG-betrachtet als Teil 1 der Pflegereform. Die Krankenversicherung, 59(2): 56–59.

Lee, J.S.(1997): Managed Health Care: A Primer, CRS Report for Congress, 97-913 EPW, e.O. National Conference of State Legislatures (2006): What Legislators Need to Know About Managed Care, o.O..

Lehmann, H. (2003): Managed Care. Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen? Eine empirische Analyse anhand Schweizer Krankenversicherungsdaten, Zürich/Chur.

Lesser, C.S., Ginsburg, P.B. und Devers, K.J. (2003): The End of an Era: What Became of the Managed Care Revolution in 2001. Health Services Research, 38: 337–355.

Leu, R. und Hill, S. (2002): Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg, Interpharma, Basel.

Lüngen, M., Plamper, E. und Lauterbach, K.W. (2004): Für welche Krankenhäuser lohnen sich Medizinische Versorgungszentren? führen und wirtschaften im Krankenhaus, 21(3): 254–256.

Marsteller, J., Bovbjerg, R., Nichols, L. und Versilli, D. (1997): The resurgence of selective contracting restrictions. Journal of Health Politics, Policy and Law, 22: 1133–1189.

Maus, J. (2006): Sozialgericht rüttelt am Barmer-Hausarztvertrag. Deutsches Ärzteblatt, 103(12): A744.

Mays, G., Claxton, G. und Strunk, B. (2003): Tiered-Provider Networks: Patients face Cost-Choice Trade-Offs. Center For Studying Health System Change. Issue Brief 71.

Mays, G.P., Claxton, G. und White, J. (2004): Managed Care Rebound? Recent Changes in Health Plans' Cost Containment Strategies. Health Affairs, W-4: 427-436.

Mays, G.P., Hurley, R.E. und Grossman, J.M. (2003): An Empty Toolbox: Changes in Health Plans' Approaches for Managing Costs and Care. Health Services Research, 38(1): 375-393.

Mittendorf, T. und von der Schulenburg, J.M. (2006): Integrierte Versorgung. Wie bewerten Krankenkassen und Medizinier eigene Erfahrungen mit den Verträgen? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 11(4): 212–215.

Möschel, W. (2007): Geistige Umnachtung im Kartellrecht, in: FAZ vom 15.02.2007: 15.

Moser, M. (2005): Managed Care: Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung: 316.707, Bundesamt für Gesundheit.

Mühlbacher, A., Henke, K.-D. und Troschke, J. von (2000): Die Integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 76: 592–598.

Münger, I., Berchtold, P. und Hess, K. (2005): Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2005. Managed Care, 6: 30–37.

Neuffer, A. B. (1997): Managed Care. Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitswesen, Bayreuth.

Nichols, L.M., Ginsburg, P.B., Berenson, R.A., Christianson, J. und Hurley, R.E. (2004): Are Market Forces Strong Enough To Deliver Efficient Health Care Systems? Confidence Is Waning. Health Affairs, 23(2): 8–21.

National Conference State Legislatures (2007): Managed Care State Laws and Regulations, Including Consumer

and Provider Protections, http://www.ncsl.org/programs/health/hmolaws.htm (Stand 22.08.2007).

Nolting, H., Grabbe, Y., Loos, S., Bug, C. und Wasem, J. (2005): Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen was der Bürger will! Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens: 4.

Ofman, J.J. (2004): Does Disease Management Improve Clinical and Economic Outcomes in Patients with Chronic Diseases ? A Systematic Review. American Journal of Medicine, Jg. 117(3): 182–192.

Offermann, M. und Müller, U. (2006): Entwicklung der Krankenhausinanspruchnahme bis zum Jahr 2010 und die Konsequenzen für den medizinischen Bedarf der Krankenhäuser, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.

Ohsfeldt, R. Morrisey, M., Nelson, L. und Johnson, V. (1998): The Spread of State Any Willing Provider Laws. Health Services Research 33(5): 1537–1562.

O.V. (2003): Kliniken kritisieren Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung: Reaktionen auf die Pläne der Politik. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 20(5): 444.

O.V. (2004): Die Fantasie ist noch gering entwickelt: Möglichkeiten der Integrierten Versorgung. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 21(4): 379–382.

Paquet, R. (2006): Mehr Chancen als Risiken. Im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) steckt mehr Wettbewerb drin als im Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG). Gesellschaftspolitische Kommentare, 10/06: 3–7.

Preusker, U.K. (2007): Medizinische Versorgungszentren. Frischer Spross fürs Ambulante. Gesundheit und Gesellschaft, 10(2): 24–30.

Preuß, K.-J., Räbiger, J. und Sommer J.H. (Hrsg.) (2002): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart/New York.

Prognos AG (1998): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung: Synthesebericht, Forschungsbericht: 1/98, Herausgegeben vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Basel.

Rabbata, S. (2004): Nebenwirkungen unklar. Deutsches Ärzteblatt PP, 11: 503.

Radzwill, M.A. (2002): Integration of Case and Disease Management – Why and How? Disease Management and Health Outcomes, 10(5): 277–289.

Raspe, H., Sawicki, P. und Schmacke, N. (2004): Sind vorliegende Disease Management-Programme für Diabetes wirklich unnötig? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 4(2): 23–31.

Reeder, L. (1999): Anatomy of a Disease Management Program. Nursing Management, 30(4): 41–45.

Redaktionsbüro Gesundheit (Hrsg.) (2007): Regionale Hausarztmodelle in Deutschland – Recherche des Redaktionsbüros Gesundheit bei den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Bundesministerium für Gesundheit, http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitssystem/zukunft_entwickeln/hausarztmodell/beispiele/pdf/ubersicht_hausarztmodelle_deutschland.pdf, (Stand 06.06.2007).

Reinhardt, U.E. (2004): The Swiss health system: regulated competition without managed care, Journal of the American Medical Association, 292(10): 1227–1231.

Rich, R.F. und Erb, C.T. (2005): The Two Faces of Managed Care: Regulation and Policy-making. Stanford Law and Policy Review, 16: 233-276.

Riedel, E. (2006): Neue Wege im Gesundheitswesen. Wettbewerbliche Strukturen, Integrierte Versorgung und eine mögliche Rolle des DAZ. DAZ Forum, 25, April 2006: 26–29.

Robinson, J.C. (2001): The End of Managed Care. Journal of the American Medical Association, 285: 2622–2628.

Roccaforte, R., Demers, C., Baldassare, F., Teo, K.K und Yusuf, S. (2005): Effektiveness of Comprehensive Disease Management Programmes in Improving Clinical Outcomes in Heart Failure Patients. A Metaanalysis. The European Journal of Heart Failure, 7(7): 1133–1144.

Rochell, B., Bunzemeier, H. und Roeder, N. (2004): Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V – eine Einstiegshilfe (I). Das Krankenhaus, 96(3): 172–188.

Rolland, S. (2005): Krankenhäuser in Deutschland 2003, Wirtschaft und Statistik,8: 838–848.

Seitz, R. und Fritz, N. (2005): Managed Care in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft Nr. 33: 47–68.

Seyfarth, L. (2005): Zusammenschlüsse in der integrierten Versorgung zwischen Effizienz und Marktmacht, unveröffentliches Manuskript.

Smith, B., Forkner, E., Zaslow, B., Krasuski, R.A., Stajduhar, K., Kwan, M., Ellis, R., Galbreath, A.D. und Freeman, G.L. (2005): Diesease Management Produces Limited Quality–of–life Improvements in Patients with Congestive Heart Failure: Evidence from a Randomize Trial in Community-dwelling Patients. The American Journal of Managed Care, 11(11): 701–713.

Schmitt, N. (2006): Von 0 auf 100 – der Vertrag der BARMER zur Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken, in: Weatherly, J.N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägel, R. und Amelung, V.E. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care: 201–207.

Schoeller, A. (2003): Bundesknappschaft als Vorreiter. Deutsches Ärzteblatt, 100 (16): A1041–A1044.

Schönbach, K.-H. (2003): Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Disease-Management-Programme in der GKV, in: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engelmann, U. und Halber, M. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease: 213–225.

Schulz, C. und Schulte, H. (2006): Medizinische Versorgungszentren – Zukunftsweisende Versorgungsform. Recht und Politik im Gesundheitswesen 12(4): 97–108.

Schulze, J. (2004): Heftige Kritik der teilnehmenden Ärzte. Deutsches Ärzteblatt, 101(9) vom 27.02.2004: 543–544.

Spöndlin, R. (2006): Krankenversicherung in der Schweiz – Auf Umwegen zur Bürgerversicherung?, in: Carigiet, E., Mäder, U., Opielka, M. und Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.), Wohlstand durch Gerechtigkeit: Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich, Zürich: 103–115.

Spycher, S. (2004a): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS), http://www.buerobass.ch/pdf/2005/Bericht%20%20SGB%20 Gesundheitspolitik.pdf (Stand 20.11.2006).

Spycher, S. (2004b): Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 4(1): 19–27.

Stock, S. Redaèlli, M. und Lauterbach, K. W. (2005): Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Stuttgart.

Stopper, M., Schillhorn, K. und Dietze, J. (2005): Gemeinnützige Krankenhäuser: rechtliche Umsetzung einer Integrierten Versorgung. Das Krankenhaus, 4: 281–289.

Strang, A. und Schulze, S. (2004): Mit neuen Partnern über alte Grenzen, Gesundheit und Gesellschaft, 7(10): 32–37.

Strauch-Eckmann, S. (2006): Wettbewerbsvorteil durch integrative Konzepte. Krankenhaus Kmschau, 10: 894–897.

Strunk, B.C., Devers, K.J. und Hurley, R.E. (2001): Health Plan-Provider Showdowns on the Rise. Center for Studying Health System Change, Issue Brief 40.

Suh, D.-C., Sin, S., Voytovich, R.M. und Zimmermann, A. (2000): Economic Impact of an Asthma Education Programme on Medical Care Utilization. Disease Management & Health Outcome, 8(3): 159–170.

Tewes, A., Frank, M., Tegtbur, U., Busse, M.W. und Brinkmeier, U. (2005): Patientenzentrierte Schulung. Patienten mit insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes mellitus profitieren unabhängig von ihrem Bildungsstand. MMW-Fortschritte der Medizin Orginalien Nr. III, 147: 13–18.

Tewes, A., Frank, M., Tegtbur, U. und Brinkmeier, U. (2006): Insulinpflichtiger Typ-2-Diabetes: Patientenzentrierte Schulung verbessert die Stoffwechselanalyse. Deutsches Ärzteblatt, 103(6): A 341–A 345.

Theilmann, M. (2003): Der Weg zur Integration ambulanter Leistungen in das Krankenhaus ist frei. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 20(6): 526–527.

The Kaiser Family Foundation und Health Research and Educational Trust (Hrsg.) (2006): Employer Health Benefits 2006, Washington, D.C..

Todd, W. (2001): Disease Management in the United States, History, Evolution and Learned Lessons, in: Todd, W. und Schenk, R. (Hrsg.), Disease Management im Zeichen von Europa und E-Health, München: 1–7.

Town, R., Wholey, D., Feldman, R. und Burns, L.R.(2005): Did the HMO Revolution Cause Hospital Consolidation?

Tunsäter, A., Moutakis, M. und Sixten, B. (2006): Retrospective Incremental Cost Analysis of a Hospital-based COPD Disease Management Program in Sweden, in: Health Policy, August 2006.

Tuschen, K. (2006): Gesundheitsreform 2006. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(6): 616–620.

Velasco-Garrido, M., Busse, R. und Akinori, H. (2003): Are Disease Management Programmes (DMPs) Effective in Improving Quality of Care for People with Chronic Conditions, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), August 2003.

Vistnes, G. (2000): Hospitals, Mergers and Two-Stage Competiton. Antitrust Law Journal, 67: 671–692.

Vita, M. (2001): Regulatory restrictions on selective contracting: an empirical analysis of „any willing-provider“ regulations. Journal of Health Economics, 20: 955–966.

Vogt, W.B. und Town, R. (2006): How has hospital consolidation affected the price and quality of hospital care? Robert Wood Johnson Foundation, Research Synthesis Report 9. www.policysynthesis.org.

Walker, D.R., Landis, D.L., Stern, P.M. und Vance, R.P. (2003): Disease Management Positively Affects Patient Quality of Life. Managed Care Interface, 16(4): 56–60.

Walker, T. (2006): Disease Management Programs Offered by HMOs. Managed Healthcare Executive, 16(4): 60.

Weatherly, J.N., Seiler, R. Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägel, R. und Amelung, V.E. (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis, Berlin.

Weingarten, S.R., Henning, J.M., Badamgarav, E., Knight, K., Hasselblad, V., Gano, A. und Ofman, J.J. (2002): Interventions Used in Disease Management Programmes for Patients with Chronic Illness-Which Ones Work? Meta-Analysis of Published Reports. British Medical Journal, 325: 925–932.

Welch, P., Bergsten, C., Cutler, C., Bocchino, C. und Smith, P.I. (2002): Disease Management Practices of Health Plans. The American Journal of Managed Care, 8(4): 353–361.

Wiechmann, M. (2003): Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen, Wiesbaden.

Wilhelmi, A. und Bentz, J. (2007): Konzept einer stadtweiten Integrierten Versorgung. Wie die KV Berlin dem Rückenschmerz zu Leibe rückt. KV Blatt Berlin, 54, April: 12–20.

White, J.S., Hurley, R.E. und Strunk, B.C. (2004): Getting Along or Going Along? Health Plan-Provider Contract Showdowns Subside. Center for Studying Health System Change, Issue Brief 74.

Wille, E. (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden: 95–156.

Wille, E. (2002): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Baden-Baden.

Wille, E. (2004): Steigerung von Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens durch integrierte Versorgung. Dienst für Gesellschaftspolitik, Sonderausgabe vom 03. Juni 2004: 3–6.

Wille, E. (2006): Die korporative Koordination als Allokationsmechanismus im Gesundheitswesen, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg et al.: 427–439.

Wille, E. und Resch, S. (2005): Risikoselektion trotz Risikostrukturausgleich?, in: Klusen, N., Straub, Ch. und Meusch, A.(Hrsg.), Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden: 13–36

Willenborg, P. (2006): Die Nummer 1 für chronisch Kranke. Gesundheit und Gesellschaft, 9(6): 4–38.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2007): Brief an Bundesminister Michael Glos.

Wittchen, H.-U., Pieper, L., Eichler, T. und Klotsche, J. (2006): Prävalenz und Versorgung von Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: DETECT – eine bundesweite Versorgungsstudie an über 55 000 Hausarztpatienten, Manuskript, Dresden im Mai 2006.

Zwanziger, J. (2002): Physician Fees and Managed Care Plans. Inquiry 39, Summer: 184–193.

Zweifel, P. (1987): Bonusoptionen in der Krankenversicherung, Materialien und Berichte: Förderungsgebiet Gesundheitspflege: 20.

Zweifel, P., Telser, H. und Vaterlaus, S. (2006): Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care. Journal of Regulatory Economics, 29(3): 319–332.

4 Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung

4.1 Einleitung

403. Der Staat muss eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen für alle Bürger gewährleisten. Das in Artikel 20 des Grundgesetzes verankerte Sozialstaatsprinzip ist die Basis der unverrückbaren Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern erstreckt sich unter anderem nach Artikel 74 Nr. 19a des Grundgesetzes auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Nach § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist die staatliche Planung und Investitionsförderung der Krankenhäuser Aufgabe der Länder, die verpflichtet werden, Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen (Sicherstellungsauftrag). Der Bund regelt hingegen die Krankenhauspflegesätze (§ 16 KHG) und bestimmt die Bedingungen, nach denen ein Krankenhaus zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zugelassen wird (§ 108 SGB V). In § 107 Abs. 1 und 2 SGB V legt der Gesetzgeber die Eigenschaften eines Krankenhauses sowie einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung fest. Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, welche nach § 108 SGB V sind:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG),[100]
2. Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag (§ 109 SGB V) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Für den weit überwiegenden Teil der Krankenhäuser ist die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes die Grundlage für deren wirtschaftliche Sicherung. Den Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhauplan kann ein Bundesland jedoch bei nicht mehr gegebenem Bedarf wieder aufheben. Ferner ist nach § 110 SGB V die Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern von jeder Vertragspartei (Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen einerseits und Krankenhausträger andererseits) mit einjähriger Frist möglich, wenn (§ 109 SGB V, Abs. 3)

a) nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung geboten wird oder
b) der Versorgungsvertrag für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

404. Diese Betrachtung zeigt zum einen, dass die staatliche Endverantwortung (Gewährsträgerschaft) nicht auflösbar ist und dass, zum anderen, ein Versorgungsauftrag an ein Krankenhaus prinzipiell endlich und eine Streichung aus dem Bedarfsplan durch die Planungsbehörde grundsätzlich möglich ist. Das gilt für alle Krankenhausträger, seien diese öffentlich, freigemeinnützig oder privat. Die Ressourcen einer Volkswirtschaft sind begrenzt und deren Verwendung im Gesundheitswesen konkurriert mit jener in anderen Versorgungsbereichen. Der Staat greift über den Weg der gesetzlichen Krankenversicherung, der staatlichen Krankenhausplanung und der öffentlichen Investitionskostenfinanzierung in die Allokation und Distribution der Krankenhausleistungen ein, um allen Versicherten unabhängig von deren Einkommens- und Lebenssituation gleichen Zugang zu gewähren. Gleichzeitig verpflichtet der Staat die Krankenkassen und Leistungserbringer sowohl zu einer bedarfsgerechten als auch wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten (§ 2 Abs. 4, § 12, § 71 SGB V; § 1 KHG). In der Vergangenheit ist jedoch die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Bereitstellung von Krankenhausleistungen angezweifelt worden (Augurzky et al. 2007; Deutsch et al. 2006; Robert Bosch Stiftung 1987; Staat 1998; Werblow/Robra 2007).

405. Die absolute Zahl der vorgehaltenen Akutbetten in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern hat zwischen 1992 und 2005 um 19 % abgenommen (Statistisches Bundesamt 2006). Trotz dieses Abbaus hat Deutschland im internationalen Vergleich noch immer eine deutlich über dem europäischen Durchschnitt liegende Bettendichte (Abbildung 10): Betrachtet man die Dichte der Akutbetten, so zeigt sich, dass Deutschland und Österreich im Jahr 2004 mit 640 bzw. 650 Betten pro 100 000 Einwohner die europäischen Spitzenreiter waren, während Schweden mit lediglich 220 Betten pro 100 000 Einwohner das andere Ende der europäischen Skala darstellte (OECD 2006). Auch im Vergleich zu den Vereinigten Staaten (280 Betten pro 100 000 Einwohner) weist Deutschland eine sehr hohe Akutbettendichte auf.

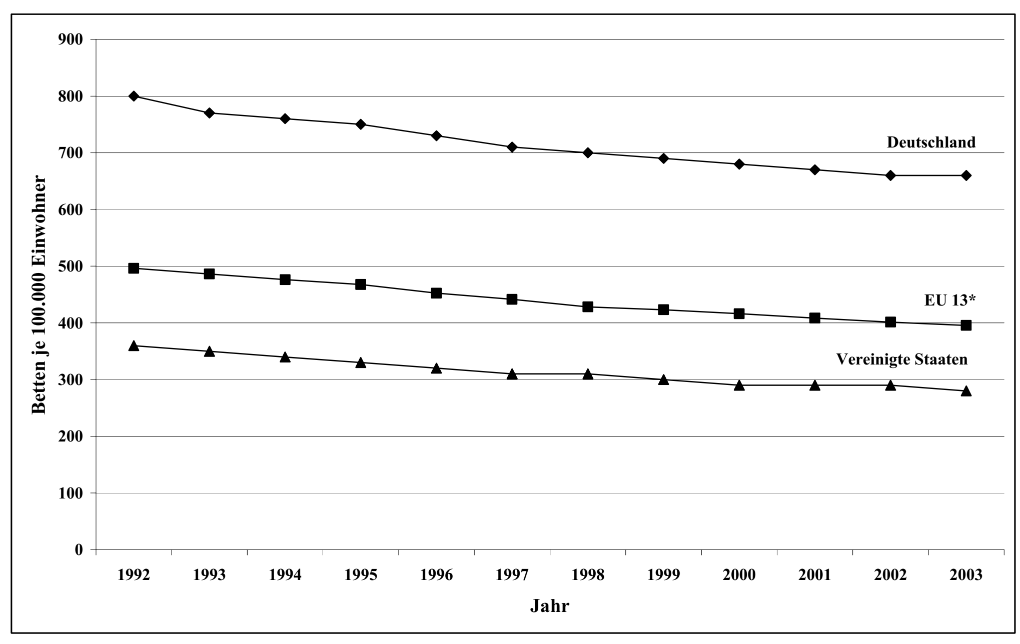
406. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauern: Während diese in den vergangenen Jahren auch in Deutschland zurückgegangen sind, liegen die Patienten in deutschen Krankenhäusern weiterhin deutlich länger als in anderen europäischen Staaten (Abbildung 11). So hatte Deutschland zusammen mit der Schweiz im Jahre 2004 mit 8,7 Tagen die höchste durchschnittliche Verweildauer in Europa, ge-

[100] Mit dem Fortfall der Bundesfinanzierung für den Bau von Universitätsklinika zum 1. Januar 2007 muss ein neuer Weg für die Definition von Hochschulklinika (anstelle der Aufnahme in das Hochschulverzeichnis des HBFG) und deren Aufnahme in den Krankenhausplan der Länder als automatisch zugelassene Krankenhäuser gefunden werden (Wissenschaftsrat 2004a, 2004b, 2005).

Abbildung 10



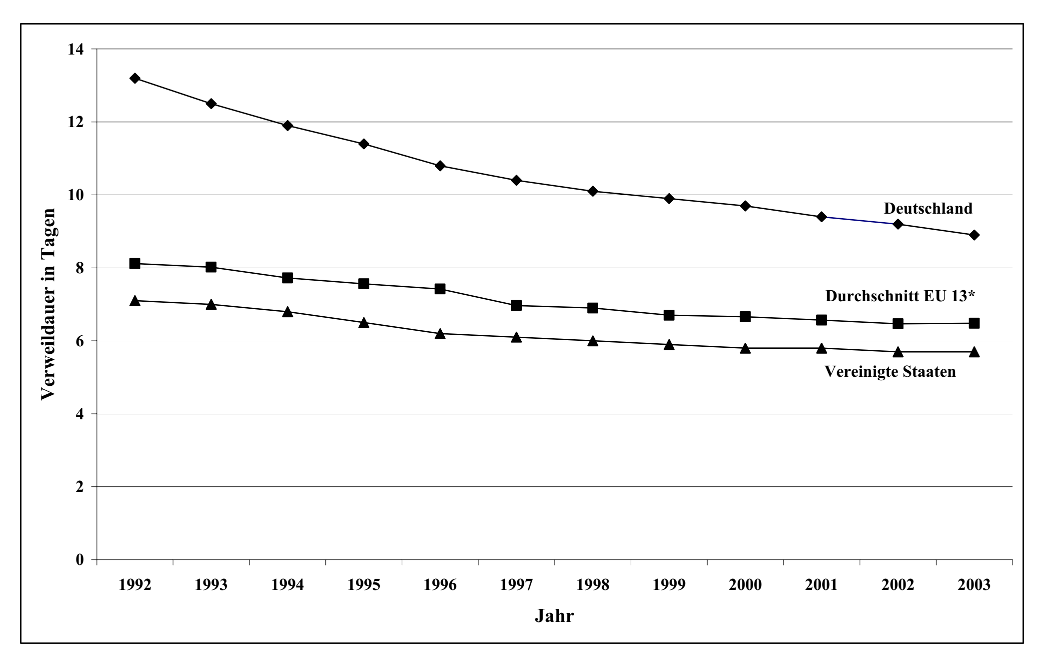
Akut-Bettenzahl in stationären Einrichtungen je 100 000 Einwohner im internationalen Vergleich, 1992 bis 2003****



* EU 13 = EU 15 exklusive Griechenland und Vereinigtes Königreich (fehlende Daten)
** Ab dem Jahr 2004 liegen die OECD-Daten nur vereinzelt vor und konnten daher in der Abbildung nicht berücksichtigt werden.
Quelle: OECD 2006

Abbildung 11

Durchschnittliche Verweildauer in der allgemeinen Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich, 1992 bis 2003****



* EU 13 = EU 15 exklusive Griechenland und Niederlande (fehlende Daten)
** Ab dem Jahr 2004 liegen die OECD-Daten nur vereinzelt vor und konnten daher in der Abbildung nicht berücksichtigt werden.
Quelle: OECD 2006

folgt von Luxemburg mit 7,3 Tagen. Gleichzeitig bildete Finnland mit 4,7 durchschnittlichen Verweiltagen in der allgemeinen Krankenhausversorgung das untere Ende der europäischen Skala. Auch im Vergleich zu den Vereinigten Staaten, wo die Verweildauer im Jahr 2004 bei 5,6 Tagen lag, ist Deutschland durch eine relativ hohe durchschnittliche Verweildauer gekennzeichnet (OECD 2006).

407. Die kürzeren Verweildauern tragen trotz des skizzierten Bettenabbaus dazu bei, dass die Bettenauslastung[101] in den vergangenen Jahren weiter gesunken ist: Diese ging von 84,1 % im Jahr 1991 auf 75,6 % im Jahr 2005 und damit um 8,5 Prozentpunkte zurück. Beschleunigt wird der Rückgang der Bettenauslastung dadurch, dass eine Krankenhausbehandlung längst nicht mehr ausschließlich vollstationär erfolgen muss. Fortschritte in der Medizin, Pflege und Rehabilitation erlauben es, Patienten deutlich früher als bislang zu entlassen bzw. sie heute ambulant zu behandeln, wo früher ein stationärer Aufenthalt geboten war. So ist eine deutliche Öffnung des Krankenhauses für Formen der teilstationären, der vor- und nachstationären und wohl auch der ambulanten Krankenhausversorgung zu erkennen.[102]

Auch wenn internationale Vergleiche insbesondere aufgrund der heterogenen Abgrenzung der Akutversorgung von der ambulanten Versorgung sowie von der stationären Pflege und Rehabilitation nur eingeschränkt aussagefähig sind, und zudem im Gegensatz zu anderen Ländern in Deutschland kaum Wartelisten bestehen, deuten die hohe Bettendichte und die geringe Bettenauslastung darauf hin, dass im deutschen Krankenhaussektor Überkapazitäten existieren. Sollte durch die Einführung der G-DRGs und den medizinisch-technischen Fortschritt die Verweildauer in den nächsten Jahren auf ein international vergleichbares Niveau sinken, könnten die Überkapazitäten an Betten in Zukunft sogar noch weiter steigen (Augurzky 2007a).

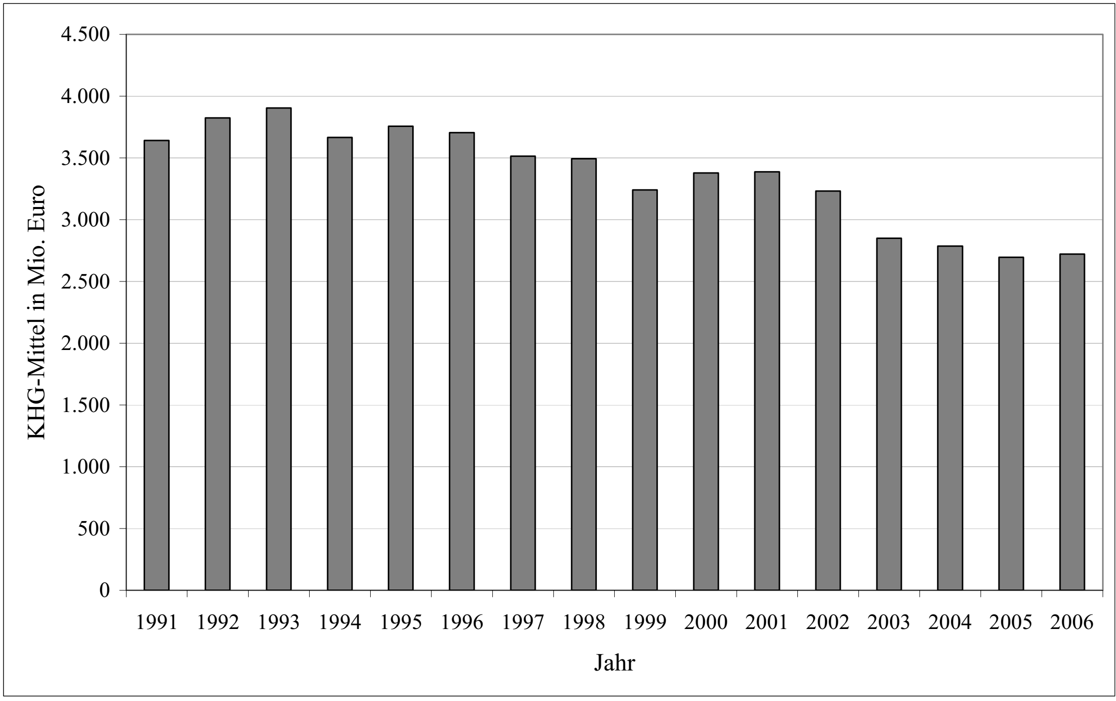
408. Parallel zu den angenommenen Überkapazitäten ziehen sich die Länder immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück (Abbildung 12). Seit dem Jahr 1991 sind die bereinigten Kosten der Krankenhäuser nominal um rund 52 % gestiegen, während die Länder die öffentliche Investitionsförderung nach § 9

[101] Zur Berechnung der Bettenauslastung wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt. Die maximale Bettenkapazität ergibt sich aus dem Produkt der aufgestellten Betten und der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr. Die tatsächliche Bettenbelegung entspricht der Summe der Berechnungs- und Belegungstage, da jeder Patient bzw. jede Patientin pro vollstationärem Tag in der Einrichtung ein Bett belegt (Statistisches Bundesamt 2005).

[102] § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V regelt, dass Versicherte erst dann einen Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung haben, wenn das Behandlungsziel nicht durch eine teil-, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann.

Abbildung 12

Entwicklung der KHG-Fördermittel* aller Bundesländer – in den jeweiligen Preisen, 1991 bis 2006



* Haushaltsansätze der Länder

Quelle: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG, zitiert nach DKG 2007a

KHG um mehr als 25 % reduziert haben (Stand: 2006) (Statistisches Bundesamt 2007; DKG 2007a). Ein Teil des Rückgangs lässt sich zwar mit einem Bundesverwaltungsgerichtsurteil aus dem Jahr 1993 erklären, in dem entschieden wurde, dass die Bundesländer nicht länger für die Reparatur- und Instandhaltungskosten im Rahmen der öffentlichen Investitionskostenförderung verantwortlich sind und die Krankenkassen diese Kosten über die Pflegesätze finanzieren müssen (BVerwG 91, 363); trotzdem wird der bisher aufgelaufene Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern je nach der verwendeten Berechnungsmethode zwischen 19 Mrd. € (Augurzky 2007b) und 50 Mrd. € (DKG 2007b) geschätzt. Auch wenn die Schätzung des Investitionsstaus bei einer öffentlichen Förderung eher spekulativ ist, da sie nicht die Überkapazitäten und Ineffizienzen im deutschen Krankenhaussektor berücksichtigt, bleibt doch festzuhalten, dass seit dem Jahr 1993 die Fördermittel absolut rückläufig sind und nunmehr nur noch 0,12 % des Bruttoinlandsprodukts betragen (Stand: 2006). Im Jahr 1991 lag dieser Wert noch bei 0,24 %. Bereits im Jahr 1989 hat der Sachverständigenrat darauf hingewiesen, dass die bereitgestellte öffentliche Investitionsförderung nicht einmal genügt, den Kapitalstock der deutschen Krankenhäuser zu erhalten (JG 1989, Ziffer 207). Seither hat sich die Situation vor allem in den alten Bundesländern deutlich verschlechtert. Offenbar gelingt es der öffentlichen Hand kaum noch, die vorhandene Krankenhausstruktur mit ausreichenden Investitionsmitteln zu versorgen.

409. Die zur gleichen Zeit beklagten Überkapazitäten und Investitionsdefizite legen den Schluss nahe, dass eine zielgerichtete Steuerung des Krankenhauswesens in der Vergangenheit nur unzureichend gelungen ist. Eine wesentliche Ursache für diese Steuerungsmängel wurde im Selbstkostendeckungsprinzip erkannt, wonach ein sparsam wirtschaftendes und leistungsfähiges Krankenhaus einen Anspruch darauf hatte, seine entstandenen Kosten erstattet zu bekommen. Während die Länder durch die Krankenhausplanung und die öffentliche Investitionskostenförderung Struktur und Kapazitäten der Krankenhauslandschaft festlegten, waren die Krankenkassen gezwungen, die Folgekosten über die Pflegesätze zu finanzieren. Das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips ist folgerichtig mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG, Bundestagsdrucksache 12/3930) im Jahr 1993 auch eingeleitet worden und wird mit dem Auslaufen der DRG-Konvergenzphase Ende 2008 voraussichtlich endgültig abgeschlossen werden. Allerdings ist es Bund und Ländern bisher nicht gelungen, auch die anderen zentralen Elemente des ordnungspolitischen Rahmens der Versorgung mit Krankenhausleistungen zu reformieren – die der Krankenhausplanung und der öffentlichen Investitionskostenförderung durch die Länder. Der Rückzug der Länder aus der Investitionskostenförderung, die zunehmende Wettbewerbsintensität im Zuge der Konvergenzphase des G-DRG-Systems, die anhaltenden Privatisierungstendenzen, die gestiegene Transparenz im Zusammenhang mit der Qualitätsberichterstattung sowie die Bemühungen, die Verzahnung der Leistungssektoren und das Aufbrechen der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung voranzutreiben, setzen die Krankenhäuser einem hohen Veränderungsdruck aus. Vielerorts werden daher die Vorgaben der bisherigen Krankenhausplanung durch die tatsächliche Situation der stationären Krankenversorgung überholt.

410. Bei einer Rahmenplanung würde der Staat lediglich Standorte und Fachgebiete festlegen sowie allenfalls Gesamtkapazitäten. In diesem Falle würden die Fachkapazitäten zwischen den Pflegesatzparteien bestimmt, die allerdings der staatlichen Überwachung bedürfen. Die staatliche Rahmenplanung kann Versorgungsregionen festlegen. Die Standorte der Notfallversorgung sollten dabei weiterhin durch staatliche Planung bestimmt werden (s. Ziffer 507ff.).

Gegenwärtig legen die Länder die Krankenhausstandorte und -kapazitäten nach Fachgebieten fest. Dies entspricht einer Detailplanung, die, wie beschrieben, durch den Wettbewerb bereits jetzt vielfach unterlaufen wird. Der Bettenbedarf wird dabei vielfach nach der Hill-Burton-Formel berechnet (DKG 2007a). Das Verfahren ist in den einzelnen Bundesländern durchaus unterschiedlich. Beispielsweise erarbeiten in Bayern das Staatsministerium für Arbeit und Soziales und der Krankenhausplanungsausschuss den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm. Der endgültige Feststellungsbescheid regelt die Aufnahme in den Krankenhausplan, den Standort, die Bettenzahl, die Fachrichtungen, die Versorgungsstufe und gegebenenfalls spezielle Versorgungsschwerpunkte (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2007). Hessen hat sechs Versorgungsgebiete definiert und schaltet regionale Krankenhauskonferenzen ein (Hessisches Sozialministerium 2003).

Alternativen zur Rahmenplanung wären ein Festhalten an der bisherigen Detailplanung oder sogar eine Leistungsplanung. Bei zuletzt genannter Planungstiefe wird allerdings beobachtet, dass sie nur ungenau möglich ist und de facto zu planwirtschaftlichen Rationierungen führen kann.

Der Sachverständigenrat (GA 2003, Ziffer 944, 949, 951) hatte daher dem Gesetzgeber empfohlen, den ordnungspolitischen Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen neu zu gestalten. Ziel bleibt dabei eine bedarfsgerechte Versorgung. Die gegenwärtige Bundesregierung hat sich auch in ihrem Koalitionsvertrag verpflichtet, spätestens mit dem Auslaufen der DRG-Konvergenzphase im Jahr 2008 den ordnungspolitischen Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen zu reformieren.

411. Die Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat mit ihrem Bericht von November 2006 und ihrem ergänzenden Bericht vom Dezember 2006 Optionen für den ordnungspolitischen Rahmen erarbeitet, die der Sonderkonferenz der GMK (80. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder) am 8. März 2007 vorgelegt wurden (Flintrop 2007).

Es ist danach noch offen, ob man sich mehr für eine marktwirtschaftlich oder planwirtschaftlich orientierte

Lösung entscheidet: „Bei der marktwirtschaftlichen Variante überlässt der Staat die Bereitstellung von Krankenhausleistungen dem Markt. Aufgrund der Nachfrage nach Krankenhausleistungen werden Interessenten bereit sein, Krankenhäuser vorzuhalten und Krankenhausleistungen anzubieten. Bei einer reinen Marktlösung ergibt sich ein vom Staat nicht beeinflusster Preis für Krankenhausleistungen. Die Folge dieser marktwirtschaftlichen Variante kann sein, dass Krankenhausleistungen nicht in erforderlichem Umfang, nicht an allen gewünschten Standorten oder zu Preisen angeboten werden, die als nicht akzeptabel angesehen werden. Die planwirtschaftliche Variante strebt (dagegen) an, die möglichen negativen Folgen einer marktwirtschaftlichen Lösung zu vermeiden. In seiner stringentesten Form legt der Staat das Angebot der Krankenhausleistungen fest und gibt die Standorte der Krankenhäuser, Anzahl und Größe der Krankenhäuser an diesem Standort, die vorzuhaltenden Fachrichtungen und die Preise für die vorzuhaltenden Krankenhausleistungen vor. Darüber hinaus kann er Festlegungen über die Nachfrage treffen, indem er z. B. bestimmte Leistungen rationiert. Wenn zu den vorgegebenen Bedingungen kein der Nachfrage entsprechendes Angebot zustande kommt, kann der Staat diese Lücke selbst schließen und Krankenhausleistungen anbieten. Der Erfolg dieser planwirtschaftlichen Variante hängt insbesondere von dem vom Staat festgesetzten Preis für die Krankenhausleistungen ab. Ist er zu niedrig, droht Unterversorgung; ist er zu hoch, entsteht die Gefahr von Überversorgung. Zwischen der marktwirtschaftlichen und der planwirtschaftlichen Variante sind Mischlösungen möglich“ (AOLG 2006).

Die ab dem Jahre 2009 geltenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen sollen gemäß der 80. GMK unter anderem mehr Wettbewerb initiieren und folgende Eckpunkte berücksichtigen:

– Möglichkeit der Reduktion der Detailtiefe der Krankenhausplanung in der Verantwortung der Länder zugunsten einer Rahmenplanung.

– Langfristig gesicherte Qualitätskriterien als Voraussetzung für einen Preiswettbewerb – beispielsweise durch ein bundesweites und einheitliches Zertifizierungsverfahren.

– Eigenverantwortlichkeit der Krankenhausträger für Investitionsentscheidungen.

– Staatliche Letztverantwortung unabhängig von der Finanzierung im bisherigen dualen System oder in der zu prüfenden Alternative Monistik.

– Abbau von Hindernissen für eine sektorübergreifende Versorgung.

Der politische Entscheidungsprozess ist somit in Gang gekommen.

412. In ihrem ergänzenden Bericht vom Dezember 2006 hat die AOLG Varianten der Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch

– das Land/die Kommune,

– die Krankenhausgesellschaften oder

– die Krankenkassen

dargestellt und die Konsequenzen für die Krankenhausplanung, die Investitionskostenfinanzierung, das Preissystem, die Vertragsgestaltung und Zulassungsfragen erörtert und charakterisiert. Die bisherige Variante hat laut der AOLG den Nachteil, dass „auch politisch orientierte Gremien Einfluss auf die Planungen nehmen mit der Gefahr, dass im Einzelfall sparsame und wirtschaftliche Lösungen nicht durchgesetzt werden können.“ Beschränkt sich das Land auf eine Rahmen- und Notfallplanung, so muss es sich mit Dritten (z. B. Kommunen, anderen Trägern) abstimmen (AOLG 2006).

Die Umsetzung der Gewährleistung wird derzeit durch die Vergabe von Versorgungsaufträgen durch die Länder geregelt. Bei der ambulanten Krankenversorgung ist die besondere Sicherstellung als hoheitliche Aufgabe den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts übertragen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften sind dagegen nicht für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung verantwortlich und keine Körperschaften des öffentlichen Rechts, obwohl sie mit vergleichbaren Funktionen wie die KV z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt wurden.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung kann in Zukunft mit unterschiedlichen Optionen erfolgen (AOLG 2006):

– „Derzeit sind in vielen Bundesländern die kreisfreien Städte und die Landkreise verpflichtet, die Gewährleistung durch den Betrieb eigener Krankenhäuser sicherzustellen, wenn dies andere (freigemeinnützige oder private) Träger nicht tun“.

– Die Sicherstellung kann auch einem marktwirtschaftlichen System übertragen werden, bei dem es wohl „geboten erscheint, Maßstäbe für die Notfallversorgung, die ortsnahe Versorgung und für die Qualität der Versorgung festzulegen“.

– Theoretisch denkbar ist auch die Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Krankenhausgesellschaften, die dann aber als öffentlich rechtliche Körperschaften etabliert werden müssten.

– Ebenso denkbar ist schließlich die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen und den Spitzenverband Bund.

413. Die derzeitigen Bestrebungen, den ordnungspolitischen Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen neu zu gestalten, nimmt der Sachverständigenrat zum Anlass, sich erneut mit diesem Thema auseinanderzusetzen (GA 2003, Ziffer 925ff.). Zunächst werden zentrale Entwicklungen im Krankenhaussektor nachgezeichnet, die sich insbesondere vor dem Hintergrund der Konvergenz auf das G-DRG-System abspielen. Anschließend wird diskutiert, wie der bisherige Ordnungsrahmen weiterentwickelt werden könnte und wie sich dabei die Rolle der Akteure im Krankenhaussektor ändern müsste. Die Ausführungen in diesem Kapitel erheben nicht den Anspruch, die Ausgestaltung eines möglichen zukünftigen ordnungspolitischen Rahmen der Versorgung mit Kran-

kenhausleistungen in Gänze durchzudeklinieren. Vielmehr ist es das Anliegen des Rates, auf wesentliche Prinzipien eines solchen Rahmens aufmerksam zu machen, die bei einer Reform des Krankenhaussektors berücksichtigt werden sollten.

4.2 Die aktuelle Situation der Krankenhäuser

4.2.1 Entwicklung und erste Wirkungen der DRG-Einführung in Deutschland

414. In den letzen zwei Jahrzehnten hat sich die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten in den deutschen Krankenhäusern grundlegend verändert: Unter der Prämisse, eine leistungsgerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen zu erreichen, wurde die seit 1972 übliche Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze in mehreren Reformschritten von einem pauschalierenden, fall- und aufwandsbezogenen Finanzierungssystem abgelöst. Dieser ordnungspolitische Wandel schloss auch die Abschaffung des Prinzips der Selbstkostendeckung[103] ein.

Vorläufiger Endpunkt der Reformen im Bereich der Krankenhausbetriebskostenfinanzierung war die Einführung des G-DRG (German Diagnosis Related Groups) Systems, das im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 beschlossen, im Fallpauschalengesetz (FPG) 2002 umgesetzt wurde und das im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) geregelt ist. Als durchgängiges, fallbezogenes und kostenhomogenes Vergütungssystem eingeführt, ist das deutsche Fallpauschalensystem nach einem optionalen Einführungsjahr seit 2004 für alle Krankenhäuser in Deutschland verbindlich.[104] Aufgrund der Tatsache, dass jenen Krankenhäusern, die bereit waren, den Umstieg auf das DRG-Vergütungssystem schon 2003 zu vollziehen, eine Befreiung von der vorgesehenen Nullrunde zugestanden wurde, haben 2003 bereits 64 % der Krankenhäusern das DRG-System angewendet (Tuschen/Trefz 2004).

415. Das G-DRG-System wurde als lernendes System konzipiert. Seine Einführung basiert auf den budgetneutral[105] ausgestalteten Übergangsjahren 2003 und 2004 und der sich anschließenden Konvergenzphase. Diese erstreckt sich von 2005 bis 2008 und zielt darauf ab, ab 2009 alle Krankenhausleistungen innerhalb eines Bundeslandes mit einem bundeslandeinheitlichen Basisfallwert zu vergüten und im Ergebnis gleiche Preise für vergleichbare Krankenhausleistungen zu bezahlen (Roeder/Rau 2006). Zu Beginn der Konvergenzphase wurden hierfür zunächst alle historischen, ursprünglich auf Basis der alten Selbstkostenbudgets fortgeschriebenen Krankenhausbudgets in krankenhausindividuelle Erlösbudgets überführt – indem die bisher erbrachten Behandlungsleistungen den jeweiligen DRGs zugeordnet wurden. Zwischen 2005 und 2009 erfolgt dann eine schrittweise Heranführung des krankenhausindividuellen Erlösbudgets an ein landeseinheitliches DRG-Preisniveau (den Landesbasisfallwert) (Hensen et al. 2005; Eckardt/Kaczmarek 2004). Hierzu wird das krankenhausindividuelle Erlösbudget ab 2005 nach spezifischen Regeln kalkuliert. Vereinfacht dargestellt ergibt es sich aus dem veränderten Ausgangsbudget des Krankenhauses gemäß § 4 Abs. 4 KHEntgG und einem Angleichungsbetrag. Dieser Angleichungsbetrag errechnet sich als Produkt der für das betreffende Jahr geltenden Konvergenzquote[106] und der Differenz aus dem krankenhausindividuellen Zielbudget gemäß § 4 Abs. 5 KHEntgG und dem veränderten Ausgangswert. Der Angleichungsbetrag ist positiv, wenn das Zielbudget größer ist als der Ausgangswert, und negativ, wenn das Zielbudget kleiner ist als der Ausgangswert. Im Ergebnis führen die Regelungen der Konvergenzphase dazu, dass ein positiver Angleichungsbetrag das krankenhausindividuelle Erlösbudget des kommenden Jahres im Vergleich zum Vorjahresbudget steigen lässt, während bei einem negativen Angleichungsbetrag das krankenhausindividuelle Erlösbudget im Vergleich zum Vorjahr sinkt. Das wiederum heißt, dass es in der Konvergenzphase ‚Gewinner' und ‚Verlierer' gibt. Im letzten Jahr der Konvergenzphase, in dem die Konvergenzquote bezogen auf den veränderten Ausgangswert des Vorjahres 100 % beträgt, ist auf diese Weise eine Angleichung des individuellen Krankenhausbudgets an das landeseinheitliche Preisniveau erfolgt.[107]

Um in der DRG-Einführungsphase übermäßige Härten – vor allem für Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen – zu vermeiden, ist die beschriebene Angleichung der Krankenhausbudgets an ein gemeinsames Preisniveau durch eine Obergrenze, die in § 4 Abs. 6 S. 4 KHEntgG geregelte Kappungsgrenze, begrenzt. Basierend auf der Annahme, dass die Entwicklung des G-DRG-Systems eine immer bessere Abbildungsqualität erreicht, steigt diese zwischen 2005 und 2009 in jährlichen 0,5 %-Schritten von 1,0 % (2005) auf 3,0 % (2009) des veränderten Ausgangsbudgets.

---

[103] Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip mussten die Förderungen nach dem KHG (Investitionskostenfinanzierung) sowie die Erlöse aus den Pflegesätzen (Betriebskostenfinanzierung) zusammen die (vorauskalkulierten) Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken (Tuschen/Trefz 2004).

[104] Ausnahmen gelten lediglich für Leistungen, die in Einrichtungen der Psychiatrie, der Psychosomatik und der psychotherapeutischen Medizin erbracht werden. Hier erfolgt die Vergütung weiterhin nach den Regeln der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), d. h. auf der Basis von Abteilungs- und Basisfallsätzen. Darüber hinaus können ‚besondere Einrichtungen' unter bestimmten Voraussetzungen zeitlich befristet von dem Vergütungssystem ausgenommen werden (vgl. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG).

[105] In der Phase der Budgetneutralität wurde die Höhe des individuellen Krankenhausbudgets noch nicht nach den landesweit einheitlichen Fallpauschalen bestimmt. Vielmehr wurde das Krankenhausbudget nach alten Regeln verhandelt und dieses bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen garantiert.

[106] Diese betragen 15 % (2005), 20 % (2006-2008) und 25 % (2009) bezogen auf den Ausgangswert 2005 – bzw. 15 % (2005), 23,5 % (2006), 30,8 % (2007), 44,4 % (2008) und 100 % (2009), bezogen auf den jeweiligen veränderten Ausgangswert des Vorjahres.

[107] Die Ausnahme bilden Krankenhäuser, die aufgrund der Regelung zur Obergrenze geschätzt sind und deren Konvergenzphase um ein Jahr verlängert ist.

Die Konvergenzphase soll nach dem Willen des Gesetzgebers auch dazu genutzt werden, das bisherige Budgetsystem in Richtung eines Preissystems zu verändern. Daher sind die bisher bestehenden pauschalierten Budgetbegrenzungen für das einzelne Krankenhaus 2005 entfallen. Zusätzliche Leistungen werden in die Budgetvereinbarungen eingeschlossen und mit einem jährlich steigenden Entgeltanteil – (33 % 2005, 50 % 2006, 65 % 2007, 80 % 2008 und 100 % 2009) – finanziert. Dies geschieht mit dem Ziel, ab 2009 zusätzliche Leistungen in Höhe der vollen Fallpauschale zu vergüten. Bei wegfallenden Leistungen wird das Budget nach denselben Regeln gekürzt (Tuschen/Braun 2005).[108]

416. Die Wirkungen des Entgeltsystems auf die Krankenhäuser, aber auch auf Patienten, Beschäftigte und Finanzierungsträger, sind ganz entscheidend von der Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens abhängig. Die Tatsache, dass der bisherige, im KHEntgG festgeschriebene ordnungspolitische Rahmen des G-DRG-Systems mit Ende der Konvergenzphase ausläuft, gibt Anlass, die bisherige Entwicklung des DRG-Systems kurz darzustellen sowie einer ersten Bilanz zu unterziehen, bevor in den Empfehlungen auf die Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens eingegangen wird.

4.2.1.1 Ziele der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

417. Mit der Einführung des Fallpauschalensystems verband der Gesetzgeber vielfältige Zielvorstellungen: Neben einer Steigerung der Transparenz im Krankenhaussektor sollte die leistungsbezogene Vergütung der Krankenhausleistungen zu einer effizienteren Allokation der Finanzmittel innerhalb des Krankenhauses, aber auch zwischen den Krankenhäusern führen. Zudem sollten mit der Einführung von Fallpauschalen die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize zur nicht bedarfsgerechten Verlängerung der Verweildauer beseitigt werden (Bundestagsdrucksache 14/6893); (Tuschen/Trefz 2004).

– ***Stärkung der Transparenz***: Vor Einführung des G-DRG-Systems war die Leistungserbringung in den deutschen Krankenhäusern wenig transparent, ein Umstand der u. a. auch vom Sachverständigenrat kritisiert wurde (SB 1994, Ziffer 269ff.). Anhand der zur Verfügung stehenden Leistungskennziffern bzw. Diagnose- und Operationsstatistiken konnte unter medizinischen wie ökonomischen Aspekten in der Regel nur ein unvollständiger Einblick in den Behandlungsaufwand des einzelnen Patienten gewonnen werden. Vor diesem Hintergrund war mit der Einführung des neuen Systems bzw. vor allem mit den dazugehörigen Dokumentationserfordernissen und den Veränderungen im Bereich der Kostenrechnung die Hoffnung auf ein höheres Maß an Transparenz verbunden, das u. a. auch den Vergleich bzw. das externe *Benchmarking* von Einrichtungen erleichtern sollte (Böcking et al. 2005).
– ***Verweildauerverkürzung:*** Im Kontext des auf tagesgleichen Pflegesätzen basierenden Entgeltsystems, in dem der Umsatz des Krankenhauses hauptsächlich von der Verweildauer der Patienten abhängig war, bestanden massive Anreize zu einer nicht medizinisch indizierten Ausdehnung der Verweildauern in der stationären Versorgung (GA 2000/2001, II, Ziffer 487). Dies zeigt auch ein Blick auf die Verweildauern im internationalen Vergleich, bei denen Deutschland immer einen Spitzenplatz belegte (Abbildung 11). Die Einführung einer auf Fallpauschalen basierenden Vergütung sollte so die „Verweildauer-Effizienz“ (Breyer et al. 2002) erhöhen bzw. die individuellen Verweildauern der Patienten verkürzen. Mittelfristig wurde mit der Einführung des G-DRG-Systems auch eine Reduzierung der Bettenkapazitäten in den deutschen Krankenhäusern angestrebt.
– ***Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven:*** Vor Einführung des neuen Entgeltsystems waren die Unterschiede in der Vergütung von Krankenhausleistungen zwischen einzelnen Krankenhäusern, aber auch zwischen einzelnen Fachabteilungen, hauptsächlich den mehr oder weniger erfolgreichen Budgetverhandlungen in der Vergangenheit bzw. deren Fortschreibung geschuldet. Mit der Ablösung dieser historischen Zuordnung von finanziellen Ressourcen durch eine leistungsbezogene Zuordnung folgte das Geld nun erstmals den erbrachten Leistungen, gleichzeitig wurde das finanzielle Risiko der Behandlung erstmals auf das Krankenhaus übertragen (Tuschen/Baum 2000). Durch das Setzen dieser veränderten bzw. neuen Anreize wollte der Gesetzgeber nicht nur eine effizientere Verteilung der Ressourcen, sondern auch die Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern bzw. zwischen einzelnen Abteilungen, sowie die Erschließung von weiteren Wirtschaftlichkeitsreserven erreichen. Zudem sollte der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft verstetigt werden. Bei den Finanzierungsträgern war die Einführung der DRGs auch mit der Hoffnung auf eine Reduzierung der Gesamtausgaben für die Krankenhausbehandlung verbunden, wobei sich einige Krankenkassen größere Einsparungen erhofften als andere[109] (Simon 2004).

---

[108] Konkret bedeutet dies, dass zusätzliche Mengen z. B. im Jahr 2005 mit 33 % (in Bezug auf den Landesbasisfallwert) bewertet werden. Werden die Mengen allerdings nicht erreicht, müssen diese im Folgejahr 2006 mit 50 % aus dem Budget genommen werden, so dass eine zu hohe Schätzung der Leistungsmengen nicht nur mit dem Risiko eines Mindererlöses, sondern auch mit dem einer höheren prospektiven Wiederausgliederung aus dem Budget verbunden ist (Einwag 2005).

[109] Auf der Seite der GKV sah sich die AOK als ökonomischer Systemgewinner, die Mehrzahl der Ersatz- und Betriebskrankenkassen dagegen als Systemverlierer (Rutz 2006). Diese Erwartungen basierten darauf, dass sich Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Versicherten mit überdurchschnittlichen Verweildauern je diagnostischer Indikation im Rahmen des verweildauerbezogenen Pflegesatzsystems auch überproportional an den Krankenhauskosten beteiligen mussten, während sie im Rahmen der auf durchschnittlichen Verweildauern basierenden DRGs – zumindest in der Einführungsphase des Systems – mit Einsparungen rechnen konnten. Genau spiegelbildlich verhielt es sich hingegen mit den Ersatz- und Betriebskassen, die Ausgabensteigerungen befürchteten (Simon 2004).

4.2.1.2 Erwartete Fehlanreize und Gegensteuerung

418. Neben den oben dargestellten Zielen und erwünschten effizienzerhöhenden Wirkungen des Fallpauschalensystems gab es allerdings auch erhebliche Bedenken im Hinblick auf die DRG-Einführung. Auf die in diesem Zusammenhang regelmäßig erwähnten potentiellen Fehlanreize des G-DRG-Systems ist der Sachverständigenrat bereits im Gutachten 2000/2001 (II, Ziffer 492ff.) ausführlich eingegangen (vgl. hierzu auch Böcking et al. 2005: 129; Lüngen/Lauterbach 2003). Zentral wurden vom Sachverständigenrat folgende Problembereiche thematisiert:

– Qualitätswirksame Fehlanreize von Fallpauschalen,

– Fehlanreize zur Patienten- bzw. Fallselektion,

– Fehlanreize zur Kostenverlagerung auf benachbarte Versorgungsstrukturen,

– Fehlanreize zur Indikationsausweitung und Fallhöhergruppierung,

– Gefahr einer Fallzahlausdehnung, z. B. durch Fallsplitting sowie

– Probleme bei der Sicherstellung einer umfassenden Krankenhausversorgung im ländlichen Bereich.

419. Auf diese, im Vorfeld der DRG-Einführung intensiv diskutierten Fehlanreize hat der Gesetzgeber im Rahmen der Entwicklung des Fallpauschalensystems mit einer Vielzahl von Regulierungen reagiert. Hierzu gehört zum einem die Regelung zur Grenzverweildauer, die einer vorzeitigen, zu frühen Entlassung des Patienten nach Hause oder einer zu frühen Verlegung in eine Rehabilitations- bzw. Pflegeeinrichtung entgegentreten soll und nach der eine pauschalierte Leistungsvergütung mit der Fallpauschale nur für jene Fälle gilt, die zwischen der oberen und unteren Grenzverweildauer liegen. Bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer wird die Fallpauschale entsprechend gekürzt. Wird die obere Grenzverweildauer überschritten, erhält das Krankenhaus für jeden weiteren Verweildauertag des Patienten zusätzlich zur Fallpauschale ein tagesbezogenes Entgelt (Tuschen/Trefz 2004).

Einem weiteren Fehlanreiz von DRG-Systemen, der Aufteilung eines längeren Krankenhausaufenthaltes in mehrere kurze Aufenthalte (Fallsplitting) und der damit verbundenen Möglichkeit zur Abrechnung mehrerer Fallpauschalen, sollen die Regelungen zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme innerhalb eines bestimmten Zeitraums in § 2 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) vorbeugen. Danach werden bestimmte Arten von Fällen im Rahmen einer gewissen Zeitspanne zu einem Fall zusammengefasst (Tuschen/Trefz 2004; Metzger 2004).

Im Gegensatz zur Vergütung von Pflegetagen besteht bei DRG-Systemen auch ein Anreiz zur medizinisch nicht notwenigen Ausweitung der Indikation mit dem Ziel, die Erlöse zu steigern (*upcoding* bzw. *DRG-creep*) (GA 2000/2001) (Lüngen/Lauterbach 2003). Um dem entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber in § 3 Abs 6 S. 3 und § 4 Abs. 9 S. 3 KHEntgG geregelt, dass kodierbedingte Mehrerlöse, die durch *up-* aber auch durch *rightcoding* entstehen, vollständig vom Krankenhaus auszugleichen, d. h. zurückzuzahlen sind. Alle anderen Mehrerlöse müssen zu 65 % an die Krankenkassen zurückgezahlt werden, wobei für besonders sachmittelintensive bzw. besonders schwere Fälle Ausnahmen vorgesehen sind (Roeder/Rau 2006). Einem *upcoding* wird tendenziell auch durch § 10 Abs. 3 S. 3 KHEntgG entgegengewirkt. Dort ist geregelt, dass bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts immer der bereits im vergangen Jahr erreichte Kodierstand berücksichtigt werden muss, was in der Regel zu einer anteiligen Absenkung des Landesbasisfallwerts führen dürfte (Tuschen/Trefz 2004). Darüber hinaus haben die Krankenkassen bzw. ihr Medizinischer Dienst (MDK) die Möglichkeit, die Kodierung bzw. die Abrechungen der Krankenhäuser gemäß § 275 SGB V (verdachtsunabhängige Einzelfallprüfung) und nach § 17c KHG (verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung) zu überprüfen[110] (Rapp 2005).

420. Um den befürchteten negativen Wirkungen der DRGs auf die Versorgungsqualität entgegenzuwirken hat der Gesetzgeber neben den oben dargestellten Regelungen in § 135a SGB V und § 137 SGB V einen umfassenden gesetzlichen Rahmen für Qualitätssicherung in den Krankenhäusern geschaffen. Zu diesem gehört neben der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der vergleichenden stationären Qualitätssicherung und der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auch die Verpflichtung des Krankenhauses zur Erstellung eines Qualitätsberichtes sowie die Erarbeitung und Umsetzung eines Mindestmengenkatalogs (Gerdelmann 2005; Velasco-Garrido/Busse 2004) (s. Kapitel 5).

4.2.1.3 Bisherige Entwicklung des G-DRG Systems

421. Zu Beginn der Implementationsphase war das G-DRG-System mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Diese lagen u. a. im Rechnungswesen der Krankenhäuser, im Bereich der Kodierpraxis, aber auch auf der Ebene der Koordinationsprozesse zwischen den zuständigen Selbstverwaltungspartnern. Inzwischen rechnen rund 1 770 Akutkliniken in Deutschland nach DRG-Fallpauschalen ab. Auch das Zusammenwirken der Akteure bei der Umsetzung des G-DRG-Systems hat in den vergangenen Jahren an Routine gewonnen. Dazu trägt neben den Selbstverwaltungspartnern (DKG/GKV-Spitzenverbände/PKV-Verband), die für die Einführung und Wei-

[110] Die Prüfintensität seitens der Kassen ist seit Einführung des G-DRG-Systems stark angestiegen. 2005 wurde nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes jeder zehnte Fall eines Krankenhauses einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen. Nach Auskunft der Bundesregierung liegen für einzelne Krankenkassen Informationen zu Prüfquoten von nahezu 45 % der Krankenhausfälle vor (Bundestagdrucksache 16/3991). Dabei konstatiert die Bundesärztekammer, dass 95 % der geprüften Fälle zugunsten der Krankenhäuser entschieden werden. Um die Belastung der Krankenhäuser einzudämmen, wurde im GKV-WSG (§ 275 SGB V) festgelegt, dass die Prüfungen bis spätestens sechs Woche nach Eingang der Abrechung eingeleitet werden müssen und dass im Falle einer erfolglosen Prüfung die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten hat (Rau 2007).

terentwicklung des DRG-Systems zuständig sind, auch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei. Es betreibt im Auftrag der Selbstverwaltungspartner und auf Basis der von den Kalkulationskrankenhäusern freiwillig zur Verfügung gestellten Kosten-Datensätzen die jährliche Weiterentwicklung des Fallpauschalenkatalogs. Die medizinischen Fachgesellschaften schließlich bringen im Rahmen eines formalisierten Dialogverfahrens mit dem InEK jährlich Vorschläge zur Verbesserung des Katalogs ein und sind an der ebenfalls jährlichen Überarbeitung des OPS- und ICD-Katalogs durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beteiligt (Tuschen 2006a).

Erstes und Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz

422. Erste Anpassungen des gesetzlichen Rahmens des G-DRG-Systems wurden im Kontext des Ersten und Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) 2003 und 2004 vorgenommen. Dabei stand im 1. FPÄndG vor allem eine Beschleunigung des Verfahrens zur Einführung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Vordergrund. Basierend auf dem Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner im Laufe des Jahres 2002 wurden die Handlungsmöglichkeiten des zuständigen Ministeriums zur fristgerechten Weiterentwickelung des G-DRG-Systems im Zuge der Ersatzvornahme gestärkt. Darüber hinaus sah das 1. FPÄndG zur Entzerrung der zum Teil massiven Veränderungen in den Kliniken im Zuge der DRG-Einführung einen Aufschub der Reform der Ausbildungsfinanzierung sowie die Erweiterung der Öffnungsklausel nach § 6 KHEntgG um die befristete Möglichkeit einer Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zusatzentgelten bei besonderen Einrichtungen (z. B. Spezialklinken) vor (Rau 2003; Schmidt 2003; Tuschen 2003).

Im Mittelpunkt des 2. FPÄndG standen die Rahmendingungen der Konvergenzphase (s. o.). Mit der im Gesetz festgeschriebenen Verlängerung der Konvergenzphase um zwei Jahre (bis 2009), der Einführung der Kappungsgrenze (s. o.) sowie der Abflachung der Konvergenzquoten sollte den Krankenhäusern, die in besonderem Maße von der Umstellung des Vergütungssystems betroffen waren (z. B. Maximalversorger), mehr Zeit für innbetriebliche Anpassungsprozesse gegeben werden. Die Hochleistungsmedizin wurde im Rahmen des 2. FPÄndG auch durch die Erweiterung bzw. Entfristung der Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausindividueller Zusatzentgelte im Bereich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) (§ 6 Abs. 2 KHEntgG), sowie für Leistungen, die vom InEK noch nicht ausreichend sachgerecht kalkuliert werden konnten (§ 6 Abs. 1 und 3 KHEntgG), geschützt. Zudem wurden die Selbstverwaltungspartner im Rahmen des 2. FPÄndG zur Vereinbarung eines abweichenden Mehrerlösausgleichs bei zusätzlichen sachkostenintensiven und schwer planbaren Leistungen verpflichtet (§ 4 Abs. 9 S. 4 KHEntgG). Auch regelte das Gesetz die wettbewerbsneutrale Ausgliederung der Kosten der Ausbildungsstätten aus dem Krankenhausbudget im Kontext eines Ausgleichsfonds zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern (Tuschen/Braun 2005; Eckardt/Kaczmarek 2004; Hensen et al. 2005; Roeder/Rau 2006).

Weiterentwicklung des Fallpauschalenkatalogs 2003-2007

423. Neben der Fortschreibung des gesetzlichen Rahmens wird die Weiterentwicklung des DRG-Systems entscheidend von der Fortschreibung des Fallpauschalenkatalogs geprägt. Dazu wird die auf dem australischen DRG-System basierende Ausgangsversion des Fallpauschalenkatalogs schrittweise (jährlich) an die deutsche Versorgungssituation angepasst.[111] Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Selbstverwaltungspartnern, die für diese Aufgabe das InEK gegründet haben.

Während die Abrechnungsregeln für das G-DRG-System in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) geregelt sind, enthält die Anlage der Vereinbarung, der Fallpauschalenkatalog, neben den DRG-Nummern und den Bezeichnungen der DRGs, die zur Abrechnung der einzelnen DRG notwendigen Parameter, d. h. Bewertungsrelation, untere und oberer Grenzverweildauer sowie die Verlegungsabschläge (zur Erläuterung der Abrechnungsregeln siehe Tuschen/Trefz 2004; Metzger 2004).

424. Bei der Betrachtung der Entwicklung des Fallpauschalenkatalogs zeigt sich, dass dieser das komplexe Leistungsgeschehen im stationären Sektor zunehmend sachgerechter abbildet. Dies manifestiert sich auch in der Anzahl der DRGs, die seit Einführung des Katalogs um fast 40 % zugenommen hat (Tabelle 12). Diese Steigerung basiert auf der gestiegenen Anzahl von Basis-DRGs, aber vor allem auf einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Basis-DRGs – beispielsweise mittels der Splitting-Parameter Fallschweregrad (PCCL)[112], dem Alter des Patienten oder den im Rahmen der Behandlung eingesetzten Prozeduren[113]. Dabei spiegelt die gestiegene Anzahl der DRGs, die vor allem auf der Tatsache beruht, dass die Anzahl der möglichen Schweregraddifferenzierungen innerhalb einer Basis-DRG sich von vier auf bis zu neun erhöht hat, die zunehmend bessere Abbildung von komplexen und schwierig abzugrenzenden Extremkostenfällen, von Intensivfällen, aber auch von mehrfachen bzw. vor allem von beidseitigen und mehrzeitigen Eingriffen im Rahmen des Fallpauschalenkatalogs wider (Tuschen 2006b; InEK 2006; Jaeger 2005). Neben der stärkeren Ausdifferenzierung ist die gestiegene Anzahl der DRGs auch auf eine zunehmende Dekondensierung des G-DRG-Systems, d. h. auf die Aufhebung der Zusammenlegung medizinisch heterogener aber ökonomisch homogener Fälle in einer kondensierten G-DRG zurückzuführen (Fiori et al. 2005).

---

[111] Der Prozess der Weiterentwicklung, der auf den nach § 21 KHEntgG gelieferten Diagnose- und Prozedurendaten sowie auf den fallbezogenen Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser beruht, ist in den jährlichen Abschlussberichten des InEK zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beschrieben, die unter www.g-drg.de zur Verfügung gestellt werden.

[112] PCCL, Patient Clinical Complexity Level, steht für den patientenbezogenen Schweregrad eines Falles und ist eine Bewertungszahl für den kumulativen Effekt der Komplikationen und Komorbiditäten aus den kodierten Nebendiagnosen eines Falles.

[113] Insgesamt hat die Gewichtung von Prozeduren bei der Bestimmung von Fallgruppen zugenommen. Durch diese Entwicklung verlagert sich der Charakter der G-DRGs zunehmend von diagnosebezogenen Fallpauschalen hin zu verrichtungsbezogenen Fallpauschalen.

Tabelle 12

Kennzahlen zur Entwicklung des G-DRG-Systems

	2003	2004	2005	2006	2007
DRGs insgesamt (Hauptabteilungen)	664	824	878	954	1082
Basis-DRGs[114] insgesamt	411	471	614	578	593
ungesplittete Basis-DRGs	*214*	*236*	*454*	*353*	*328*
gesplittete Basis-DRGS	*197*	*235*	*160*	*225*	*265*
Min. und Max. der Bewertungs-relationen	0,122 – 29,709	0,113 – 48,272	0,118 – 57,633	0,117 – 65,700	0,106 – 64,899
Spreizung der Bewertungsrelation	29,587	48,159	57,515	65,583	64,793
Varianzreduktion R^2, in % aller Fälle (Inlier)	62,3	70,0	78,0	78,9	80,5
Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser	125	144	148	214	263
Zusatzentgelte insgesamt	0	26	71	83	105
bewertete Zusatzentgelte	*0*	*1*	*35*	*41*	*59*
unbewertete Zusatzentgelte	*0*	*25*	*36*	*42*	*46*

Quelle: Schlottmann et al. 2006; www.g-drg.de;www.fscher-zim.ch

425. Die oben beschriebenen Trends zur Ausdifferenzierung und Dekondensierung des G-DRG-Systems gehen mit einer deutlich stärkeren Spreizung der Bewertungsrelationen einher. Wie Tabelle 12 zeigt, hat sich die Spannweite der Bewertungsrelationen seit Einführung des Systems mehr als verdoppelt. Dies ist auch ein Hinweis drauf, dass der anfänglich kritisierte Kompressionseffekt, d.h. die Tatsache, dass im deutschen Fallpauschalensystem aufwendige Leistungen ebenso wie weniger aufwendige Leistungen einer DRG bzw. DRGs mit ähnlichen Bewertungsrelationen zugeordnet wurden, sich deutlich verringert hat (InEK 2006).

426. Dass das heutige Klassifikationssystem eine trennschärfere Abbildung von Behandlungsleistungen ermöglicht als noch zu seiner Einführung 2003, zeigt sich auch am Ausmaß der Varianzreduktion R^2, die den Anteil der Kostenstreuung misst, der durch die Klassifikation des Systems erklärt wird. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto größer ist die Gesamtgüte des Klassensystems bzw. die ökonomische Homogenität desselben (InEK 2003). Wie aus Tabelle 12 zu entnehmen ist, erreicht das G-DRG-System – nach Ausschluss der Ausreißer – inzwischen einen Erklärungsgrad von über 80 % (InEK 2006). Dies wird weltweit von keinem anderen DRG-System erreicht (Fischer 2007).

427. Die dargestellte positive Entwicklung der Abbildungsqualität beruht nicht nur auf der zunehmenden Qualität der Daten, die an das InEK geliefert werden. Sie basiert auch auf Änderungen im Verfahren der Katalogerstellung – beispielsweise auf der Pflicht zur umfassenden Erläuterung von hochteueren Fällen durch die Kalkulationskliniken.[115] Darüber hinaus ist die Qualität der Abbildung auch von der erweiterten, sowohl formalen als auch inhaltlichen Plausibilitätsprüfung positiv beeinflusst worden (InEK 2006; Schlottmann et al. 2006). Zudem ist die Kalkulationsstichprobe des InEK d. h. die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser deutlich angewachsen (Tabelle 12) und die Grundgesamtheit der Krankenhäuser damit immer besser reflektiert und repräsentiert (Fiori et al. 2005).

428. Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems spiegelt sich auch in der zunehmenden Anzahl der Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG wider. Inzwischen enthält der Zusatzentgeltekatalog 105 Zusatzentgelte, von denen 46 krankenhausindividuell zu vereinbaren sind, während

[114] Unter einer Basis-DRG (Adjacent DRG) werden eine oder mehrere DRGs zusammengefasst, die grundsätzlich durch die gleiche Liste von Diagnose- oder Prozedurenkodes definiert sind, sich aber durch ihren Ressourcenverbrauch unterscheiden (Metzger 2004).

[115] Im Rahmen des GKV-WSG sind die Selbstverwaltungspartner im Bund zudem beauftragt worden, bei Patienten, bei deren Behandlung extrem hohe Kostenunterdeckungen entstehen (Kostenausreiser), vertiefte Prüfungen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems durchzuführen (§ 17b Abs. 1 Satz 16 KHG) (Rau 2007).

59 mit bundeseinheitlichen Preisen bewertet sind (Tabelle 12). Dabei handelt es sich bei den Zusatzentgelten in der Regel um medikamentöse Wirkstoffe und Blutprodukte bzw. teure Sachmittel oder therapeutische Verfahren – aber z. B. auch um ein bewertetes Zusatzentgelt für die palliative Komplexbehandlung.

Diese Entwicklung ermöglicht einerseits die Ausgliederung inhomogener Kosten aus den Fallpauschalen und die Steigerung der Homogenität des Gesamtsystems. Andererseits vermindert die gestiegene Anzahl der Zusatzentgelte die Abdeckungsquote des Systems und bietet so ein Einfallstor für Einzelleistungsvergütung bzw. Selbstkostendekkung ins G-DRG-System. Vor allem für die Maximalversorger stellen die Zusatzentgelte eine Möglichkeit dar, ihre überproportional hohen Basisfallwerte zu senken bzw. durch Mengenüberschreitungen Mehrerlöse zu erzielen (Rutz 2006). Die Zunahme der Zusatzentgelte hat so nicht nur das Potential, die Zergliederung des Systems zu beschleunigen, sondern schafft vor allem erhebliche Anreize zur Mengenausweitung und birgt daher die Gefahr einer von den Erlösoptimierungsstrategien der Krankenhäuser getragenen Leistungsexpansion (Mohr 2006).

429. In der Summe betrachtet, hat das lernende System dazu beigetragen, dass Krankenhausleistungen immer leistungsgerechter vergütet werden. Dabei steht die Verfeinerung des Systems immer der Gefahr der Überkomplexität gegenüber (Tuschen 2006a). Aus diesem Grund bewegt sich die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auf einem schmalen Grad zwischen den Zielen Pauschalierung und leistungsgerechter Vergütung. Der Preis eines DRG-Systems mit einem hohen Differenzierungsgrad ist die deutliche Zunahme an Systemkomplexität verbunden mit Problemen der Verständlichkeit, die einen zunehmend hohen Sachverstand bei der Dokumentation und Kodierung, aber auch bei der Kontrolle durch die Finanzierungsträger benötigt (Franz et al. 2006; Fischer 2007).

4.2.1.4 Entwicklung zentraler Strukturparameter im Kontext des G-DRG-Systems

430. Vier Jahre nach der Einführung des neuen Entgeltsystems sind vor dem Hintergrund der noch laufenden Konvergenzphase und der schrittweise erfolgten Einbeziehung der Krankenhäuser in den Optionsjahren 2003 und 2004 noch keine abschließenden Aussagen zu den Wirkungen des G-DRG-Systems möglich. Dennoch erscheint ein Blick auf jene Strukturparameter, die den Hauptfokus der Reform bildeten, von Interesse (s. Ziffer 417). Im Folgenden wird daher die Entwicklung in den Bereichen Verweildauerentwicklung, Transparenz sowie bei der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im stationären Sektor und der Entwicklung der Fallzahlen erläutert (Tuschen 2006a).

431. Die folgenden Aussagen zur bisherigen Wirkung des pauschalierenden Vergütungssystems stehen jenseits des bereits erläuterten Problems der vergleichsweise kurz zurückliegenden Einführung des neuen Entgeltsystems in den deutschen Krankenhäusern unter drei weiteren Vorbehalten: Zum einen basieren sie auf einer nicht hinreichenden empirischen Datenbasis. Das liegt vor allem darin begründet, dass die Selbstverwaltungspartner ihrem in § 17b Abs. 8 KHG formulierten Auftrag, die Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung zu evaluieren, bisher nicht nachgekommen sind. So hat das DRG-Institut im Frühjahr 2006 bzw. 2007 zwar tabellarische Auswertungen von Strukturdaten für die Datenjahre 2004 und 2005 vorgelegt, abgesehen von einer Machbarkeitsstudie wurden bislang aber keine umfassenden Forschungsprojekte zur Wirkung der DRGs ausgeschrieben. Da die meisten Forschergruppen, die sich mit den Folgen der DRG-Einführung beschäftigen, jeweils nur Teilaspekte der DRG-Einführung[116] untersuchen, fehlt folglich bislang eine umfassende empirische Bestandsaufnahme zur Wirkung des neuen Entgeltsystems. Abgesehen von der Datenproblematik muss bei einer Diskussion der bisherigen Wirkungen des G-DRG-Systems auch beachtet werden, dass es kaum möglich ist, die Wirkungen desselben isoliert von anderen Einflussvariablen des Krankenhaussektors (z. B. Kostendämpfungspolitik) zu betrachten. Zudem sollte in Rechnung gestellt werden, dass die Wirkungen des G-DRG-Systems auf die Krankenhäuser keinesfalls einheitlich sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Wirkungen der DRGs mit der spezifischen Ausgangsposition des Krankenhauses – z. B. mit der Höhe des krankenhausindividuellen Basisfallwerts zu Beginn der Konvergenzphase, aber auch mit der Größe des Krankenhauses bzw. mit seiner Versorgungsstufe und seinem Standort (Land vs. Stadt) – variiert. Nach Daten des AOK Bundesverbandes zählen derzeit rund 40 % der Krankenhäuser zu den Konvergenzverlieren, die Budgetanteile abgeben müssen. Ca. 60 % der Krankenhäuser haben im Rahmen der Konvergenzphase Budgetanteile hinzugewonnen und können sich daher als Konvergenz-

[116] Neben dem unten detailliert vorgestellten Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP), das vom WZB und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt wird, beschäftigt sich u.a. auch die DRG Research Group der Universität Münster mit der Evaluation von DRG-Systemen, wobei es dieser Gruppe vor allem um die Abbildungsgenauigkeit des Systems, die Analyse von Schwachstellen und Vorschläge zur Weiterentwicklung des Systems geht (Roeder 2005). Schließlich gibt es eine Reihe von größeren oder kleineren Forschungsprojekten zur Einführung der DRG-Systems. Zu erwähnen sind hier insbesondere die REDIA (Rehabilitation und Diagnosis Related Groups)-Studie am Institut für Krankenhausmanagement der Universität Münster (von Eiff et al. 2005), die sich mit den Folgen der DRG für die Rehabilitation beschäftigt, die Untersuchungen von Vogd (Freie Universität Berlin) zu ärztlichen Entscheidungsprozessen (Vogd 2004; Vogd 2006), eine Longitudinalstudie zu den Auswirkungen der DRG auf die Pflege an der Universität Witten-Herdecke (Hausner 2005) sowie das am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth angesiedelte Projekt zu den Auswirkungen der DRG auf kirchliche Krankenhäuser (Manzeschke 2005; Manzeschke 2006a; Manzeschke 2006b). Außerdem hat die Bundesärztekammer Projekte zur Versorgungsforschung ausgeschrieben. Etwa 14 Forschungsanträge zu drei Themenfeldern (Implementierung von Leitlinien, Einfluss der Ökonomisierung bzw. Physician Factor) sind bewilligt (Bäsler et al. 2006).

gewinner bezeichnen (Leber et al. 2007; zur regionalen Verteilung der ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ vgl. Augurzky et al. 2007).

Entwicklung der Transparenz im Kontext des G-DRG-Systems

432. Wie oben erläutert, bildete ein Ziel der Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems die Überwindung des erheblichen Transparenzdefizits in der stationären Versorgung. Dabei ist es vier Jahre nach Einführung des G-DRG-Systems unstrittig, dass diese Reform des Entgeltsystems ein bisher nicht gekanntes Maß an Transparenz über das Leistungsgeschehen in den deutschen Krankenhäusern ermöglicht hat (Schulte-Sasse 2004; Philippi 2006). Dokumentations- und Kodiererfordernisse des neuen Vergütungssystems haben dazu geführt, dass Kosten- und Leistungsstrukturen der stationären Versorgung(seinrichtungen) transparenter geworden sind und dazu, dass mit den Daten nach § 21 KHEntgG erstmals umfassende Informationen zu Art und Menge der kodierten Prozeduren, Diagnosen, Fallzahlen und Verweildauern zur Verfügung stehen. Damit hat die Einführung des G-DRG-Systems eine Vergleichsbasis geschaffen, die es zuvor nicht gegeben hat.

Die einzelnen Krankenhäuser können, basierend auf den vom InEK durchgeführten Kalkulationen – trotz aller noch bestehenden Kostenzuordnungs- und Kalkulationsprobleme – erstmals eine Art *Benchmarking* und damit auch eine Positionsbestimmung vornehmen (Tuschen/Rau 2006; Möws/Seidel 2001). Sie erhalten Einblick in ihre Leistungen und vor allem in deren Wirtschaftlichkeit. Im Vergleich mit anderen Krankenhäusern werden im Rahmen des auf den DRG-Daten basierenden *Benchmarkings* die Leistungsschwerpunkte, aber auch die Bereiche mit vergleichweise geringen Fallzahlen bzw. Bereiche mit überdurchschnittlichen Kosten sichtbar. In diesem Sinne regt die neue Leistungstransparenz den horizontalen und vertikalen Wettbewerb zwischen den Häusern an.

Gleichzeitig kann die durch die DRGs erforderliche Kodierung von behandelten Erkrankungen, Komorbiditäten und Komplikationen unter Einschränkungen auch für Qualitätssicherungszwecke genutzt werden (Mansky et al. 2006). Dies zeigt unter anderem das Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)“ des AOK Bundesverbands und der Helios Kliniken (AOK Bundesverband et al. 2007) (s. Kapitel 5).

Verweildauerentwicklung im Kontext des G-DRG-Systems

433. Neben einer besseren Kosten- und Leistungstransparenz sollte die Einführung einer pauschalierenden Vergütung auch Anreize zur Reduktion der im internationalen Vergleich hohen durchschnittlichen Verweildauern in den deutschen Krankenhäusern setzen (Abbildung 11). Betrachtet man die Ergebnisse der Krankenhausstatistik[117], so kann schon seit Jahren ein Abwärtstrend bei der durchschnittlichen Verweildauer konstatiert werden: In den deutschen Allgemeinkrankenhäusern[118] ist diese zwischen 1992–2005 von 12,3 Tage auf 8,1 Tage, d.h. um 33 % gesunken. In der gleichen Zeitspanne hat sich die durchschnittliche Verweildauer in den sonstigen Krankenhäusern[119] von 67,8 Tagen auf 26,2 Tage und damit um 61 % reduziert (Abbildung 13).

434. Für die Jahre nach der verbindlichen Einführung der G-DRGs lässt sich zwar ein weiterer Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern feststellen. Dieser hat sich jedoch seit Einführung der G-DRGs eher abgeschwächt. So ist für die vergangenen zwei Jahre nur noch eine jährliche Reduktion der Verweildauer um 0,1 Tage pro Jahr festzustellen[120] (Tabelle 13) (vgl. auch Rutz 2006). Ein Grund für diese Abschwächung in der Verweildauerverkürzung dürfte die Zunahme der Verlagerung von leichteren Fällen (z. B. junge Patienten mit wenig Komorbiditäten) in den ambulanten Bereich sein. Dieser Trend, der auch auf Anreizen des G-DRG-Systems basiert, führte in den vergangnen Jahren dazu, dass die schwereren Fälle mit durchschnittlich längeren Verweildauern in der Verweildauerstatistik verblieben, während die Fälle mit den durchschnittlich kürzeren Verweildauern aus der Statistik herausfielen (Bundestagsdrucksache 16/3991).

Auch wenn die Analyse der Verweildauer in den DRG-Daten nach § 21 KHEntgG eine etwas stärkere Verkürzung der Verweildauer zeigt als die Daten des Statistischen Bundesamtes (InEK 2006) (Tabelle 13), ist insgesamt, über alle Fälle gerechnet, keine weitere

[117] Im Zuge der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung entfällt der gesonderte Nachweis des Merkmals ‚Stundenfall‘. Ab 2002 sind damit die sogenannten Stundenfälle in der allgemeinen Fallzahl enthalten und können aus dieser nicht mehr herausgerechnet werden. Außerdem geht ein Stundenfall als ein Tag in die Summe der Berechnungs-/Belegungstage ein. Diese Neuerungen haben u. a. Auswirkungen auf die durchschnittliche Verweildauer, die Bettenauslastung und die Personalbelastungszahl: Während die durchschnittliche Verweildauer und Personalbelastungszahl dadurch niedriger ausfallen, fällt der Bettennutzungsgrad höher aus. Vorjahresvergleiche sind daher nur auf Basis neu berechneter Vorjahreswerte (einschl. Stundenfälle) möglich. Diese sind im Folgenden eingearbeitet (Statistisches Bundesamt 2005).

[118] Allgemeinkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und/oder neurologische Patienen und Patientinnen vorgehalten werden“ (Statistisches Bundesamt 2005).

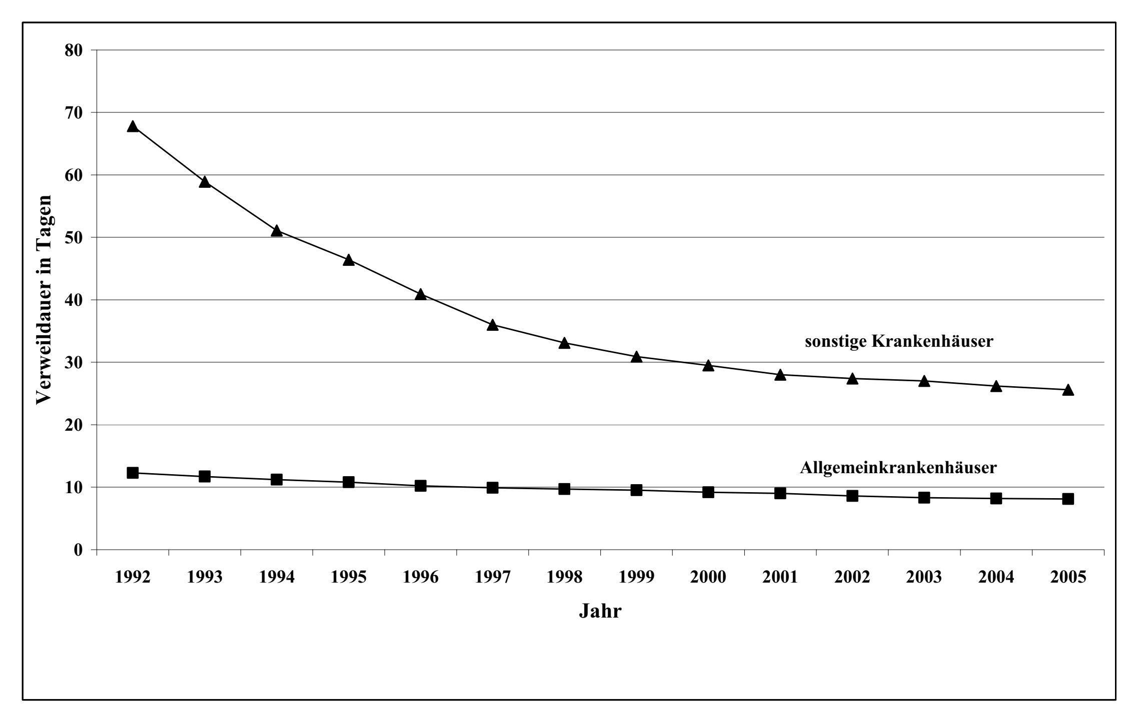
[119] Sonstige Krankenhäuser sind Krankenhäuser „mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken“ (Statistisches Bundesamt 2005).

[120] Dabei zeigt eine trägerspezifische Auswertung der Daten, die erst seit 2001 möglich ist, dass öffentliche und freigemeinnützige Allgemeinkrankenhäuser ihre Verweildauern zwischen 2001 und 2005 um je 0,9 Tage reduzieren konnten, während die Häuser in privater Trägerschaft in der gleichen Zeitspanne eine Verkürzung der Verweildauer um 1,2 Tage realisieren konnten. Inzwischen haben sich die ursprünglich differierenden Verweildauern der Träger stark angeglichen: 2005 betrug die durchschnittliche Verweildauer in öffentlichen Allgemeinkrankenhäusern 8,0 Tage, in freigemeinnützigen 8,1 Tage und in Krankenhäuser unter privater Trägerschaft 8,2 Tage.

Beschleunigung der Verweildauerverkürzung im Kontext des G-DRG-Systems festzustellen. Hierbei dürfte eine zentrale Rolle gespielt haben, dass die mittlere Verweildauer in den ersten Jahren der G-DRG Einführung vergleichsweise hoch war, so dass jene Krankenhäuser, die bereits Verweildauerverkürzungen erreicht hatten, wegen der auf der Kalkulatationsstichprobe basierenden hohen unteren Grenzverweildauern wenig Anreize zur weiteren Verweildauersenkung hatten. Dennoch ist perspektivisch, auch auf der Basis von internationaler Evidenz, von einem weiteren Rückgang der Verweildauern auszugehen.

Abbildung 13

Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern, 1992 bis 2005



Quelle: DKG 2006

Tabelle 13

Entwicklung der Verweildauer[121]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Durchschnittliche Verweildauer Allgemeinkrankenhäuser	9,2	9,0	8,6	8,3	8,2	8,1
Differenz in Tagen		– 0,2	– 0,4	– 0,3	– 0,1	– 0,1
Verweildauer Mittelwert DRG-Daten (§ 21 KHEntgG)				8,04	7,94	7,62
Differenz in Tagen					– 0,30	– 0,32

Quelle: InEK 2006; Statistisches Bundesamt 2006

[121] Die Unterschiede in den hier dargestellten Verweildauerentwicklungen beruhen auf der unterschiedlichen Datenbasis von InEK und Statistischem Bundesamt sowie auf unterschiedlichen Plausibilitätskontrollen der beiden Institutionen.

435. Vor Einführung des G-DRG-Systems wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass das neue Entgeltsystem insbesondere bei Patienten, die im Anschluss an die stationäre Behandlung in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt werden sollten, dazu führen kann, dass diese zu einem Zeitpunkt aus dem Krankenhaus verlegt werden, zu dem die Fähigkeit zur Rehabilitation im Einzelfall noch nicht vorliegt (GA 2000/2001, II, Ziffer 500). Im Zuge einer Analyse von vier Fallpauschalen mit einer hohen Anzahl an Verlegungen in den Reha-Sektor auf der Basis von Abrechnungsdaten der Barmer Ersatzkasse kommt Rutz zum Schluss, dass die Verweildauern bei den betreffenden Fallpauschalen überdurchschnittlich stark gesunken sind: Bei den Revisionen am Hüftgelenk (DRG I03) bzw. Ersatz des Kniegelenks (DRG I04) hat die durchschnittliche Verweildauer von Verlegungspatienten zwischen 2002 und 2004 um 14,3 % bzw. 15 % abgenommen, beim Schlaganfall (DRG B70) um 11 % und bei Eingriffen an der Wirbelsäule (DRG I10) um fast 13 % (Rutz 2006). Ähnliche Ergebnisse legt auch die REDIA-Studie vor. Sie zeigt, dass die Akutverweildauer der orthopädischen Patienten zwischen 2003/2004 und 2005/2006 um 11 % und die Verweildauer der kardiologischen Patienten im selben Zeitraum um 26 % abgenommen hat. Zu den Auswirkungen dieser Entwicklung z. B. auf den Behandlungsaufwand im Rahmen der Rehabilitation bzw. auf den Zustand der Patienten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme siehe von Eiff et al. 2007.

Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern im Kontext des G-DRG-Systems

436. Im Kontext des G-DRG-Systems hängt die mittel- bzw. langfristige Überlebensfähigkeit eines Krankenhauses nicht nur von der Wirtschaftlichkeit seiner Prozesse und Strukturen, sondern auch von der Anzahl der behandelten Patienten ab.[122] Aus diesem Grund erstaunt es wenig, dass im Zuge der Einführung des G-DRG-Systems der Wettbewerb um Patienten deutlich zugenommen hat und viele Krankenhäuser in den vergangenen Jahren zudem große Anstrengungen im Hinblick auf Effizienzverbesserungen bzw. Verbesserung ihrer Kostenstrukturen unternommen haben (Foit/Vera 2006; Augurzky 2007a). Die Notwendigkeit solcher Maßnahmen liegt auch darin begründet, dass bereits ein geringer Prozentsatz Patientenabwanderung die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses nachhaltig gefährden kann (Neubauer 2007). Basierend auf den ökonomischen Zwängen und der neu gewonnenen Transparenz haben die Häuser auch ihre Anstrengungen, den Behandlungs- und Pflegeprozess effizienter zu gestalten, deutlich forciert (Philippi 2006). Da das einzelne Krankenhaus Probleme hat, ausreichend Skaleneffekte bzw. Verbundvorteile zu realisieren, setzen die G-DRGs mittelbar auch Anreize zum vertikalen und horizontalen Wachstum (s. Ziffer 469ff.).

Insgesamt lassen sich folgende Wirkungen des G-DRG-Systems auf Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern beobachten:

– ***Optimierung der Kostenstrukturen:*** Die Bemühungen der Krankenhäuser im Rahmen der DRG-Bedingungen ihre Kosten zu optimieren fanden ihren Ausdruck unter anderem in den verstärkten horizontalen Kooperationen zwischen Krankenhäusern – z. B. in der Bündelung von administrativen und funktionalen Servicefunktionen bzw. dem Aufbau von Einkaufsverbünden (Wettke 2007). Auch die Ausgliederung bestimmter Betriebseinheiten/teile (z. B. Catering, Facility Management, Labor etc.) und die Kürzung bzw. Auslagerung der Bettenkapazitäten[123] sind seit der Einführung des G-DRG-Systems weiter vorangeschritten.

– ***Optimierung der Leistungserbringung:*** Weiterhin hat die Einführung der Fallpauschalen etliche Krankenhäuser dazu veranlasst, die Strukturen und Prozesse ihrer Leistungserbringung z. B. mit Hilfe einer SWOT-Analyse (Albrecht et al. 2006) zu untersuchen und kritisch auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Als Folge dieser Analyse konnte vielfach eine stärkere Standardisierung von Arbeitsabläufen in der Leistungserbringung erreicht werden, beispielsweise durch die Einführung von Case Management und klinischen Behandlungspfaden (s. Kapitel 2). Darüber hinaus scheinen die G-DRGs auch einen starken Anreiz für die Einführung eines standardisierten Aufnahmemanagements zu schaffen, das dazu beitragen soll, Fehlaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungen zu verkürzen (Zehnder 2007). Vereinzelt wurde als Beispiel für die Umstrukturierung der Leistungserbringung im Zuge der Implementation des neuen Entgeltsystems auch die Einführung eines, aus der Automobilindustrie adaptierten *Lean Management*-Modells für die stationäre Versorgung genannt (Moscho et al. 2006). Im Rahmen der Bemühungen um die Optimierung interner Abläufe und Prozesse haben einige Kliniken zudem auch Veränderungen bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Rahmen der Krankenhausversorgung und die Hinterfragung des bisher gängigen „Drei-Säulen-Modells“ der Führungs- und Organisationskultur in die Wege geleitet (Pföhler 2006; von der Müller Grün 2006; Tischendorf et al. 2004).

– ***Optimierung des Leistungsspektrums:*** Neben dem Heben von Effizienzreserven durch Kostensenkung und der Optimierung der internen Abläufe haben viele Krankenhäuser im Zuge der Einführung des neuen Vergütungssystems auch ihr Leistungsspektrum verändert. Dabei zeigen sich vor allem drei Trends: Erstens die zunehmende Verlagerung von Leistungen in den Bereich der ambulanten Versorgung (v. a. § 115b SGB V). Zweitens die zunehmende Spezialisierung des Leistungsspektrums, d. h. eine Konzentration auf die Kernkompetenzen des

[122] Mit jeder Fallpauschale, die abgerechnet werden kann, erhält das Krankenhaus einen Beitrag zur Finanzierung seiner Fixkosten. Gewinne kann ein Krankenhaus im Rahmen des G-DRG-Systems demnach nur dann erzielen, wenn es unterhalb der durchschnittlichen Kosten der DRG arbeitet und mindestens so viele Patienten behandelt wie zur Deckung der Fixkosten erforderlich sind (Tuschen/Rau 2006; Roeder et al. 2004).

[123] Mit Patientenhotels können bei „low care“-Patienten durch Reduzierung der Pflegekosten Kosteneinsparung realisiert werden: Erfahrungen in Schweden zeigen, dass pro Tag die Kosten im Patientenhotel etwa um 30 % niedriger liegen als in der Akutpflege (Beivers/Neubauer 2007).

Krankenhauses ggf. unter gleichzeitiger Eliminierung von Randaktivitäten (Roeder et al. 2004; Lüngen/Lauterbach 2002; Albrecht et al. 2006) und drittens ein Trend zur zunehmenden Miteinbeziehung von Qualitätsaspekten.

– ***Verstärkung der Marketingmaßnahmen:*** Um die durch die Verweildauerverkürzung frei werdenden Bettenkapazitäten optimal zu nutzen, wird die Strategie der Leistungs- und Kostenoptimierung zunehmend auch von einem professionellen Krankenhausmarketing begleitet, wie es u. a. aus dem amerikanischen Krankenhausmarkt bekannt ist (Jendges 2000). Dieses reicht von den Bemühungen um die Etablierung einer Krankenhausmarke bis hin zur direkten Ansprache von Patienten und Einweisern (Jaeger 2007). Dieses sogenannte Einweisermanagement[124] findet beispielsweise mittels einer vom Krankenhaus herausgegebenen Ärztezeitschrift statt, die sich an die niedergelassenen Ärzte im Umfeld der Klinik(en) richtet (medtropole/LBK Hamburg). Ziel solcher und anderer Marketingmaßnahmen ist allem voran die Sicherung der Auslastung des Krankenhauses in einem zunehmend kompetitiven Umfeld (Lehnen 2006). (Zur rechtlichen Problematik des Einweisermanagements siehe Estorf/Rohpeter 2006).

[124] Nach einer Studie von McKinsey folgen etwa 80 % der Bevölkerung bei der Wahl der Klinik dem Rat ihres Arztes. Im Schnitt weist ein niedergelassener Mediziner insgesamt etwa 150 Patienten pro Jahr ins Krankenhaus ein (o.V. 2006; vgl. auch Streuf et al. 2007).

Die Entwicklung von Fallzahlen und Case-Mix im Kontext des G-DRG-Systems

437. Im Vorfeld der Einführung des G-DRG-Systems wurde wiederholt die Befürchtung geäußert, dass die Krankenhäuser im Rahmen einer pauschalierenden Finanzierung ihren Case-Mix (d. h. die Summe der Bewertungsrelationen aller in einem bestimmten Zeitraum in einem Krankenhaus erbrachten Leistungen) durch eine systematische und bewusste Höherstufung der Fälle (*upcoding*) oder durch eine Fallzahlausweitung in die Höhe treiben werden[125] (GA 2000/2001, II-4.2.2).

Wie die unten dargestellten Daten zeigen, ist die Fallzahl in den Allgemeinkrankenhäusern zwischen 1992 und 2002 um fast 15 % angewachsen. Im Jahr 2003 allerdings lag die Zahl der vollstationär behandelten Krankenhauspatienten erstmals unter der des Vorjahres. Zwischen 2002 und 2004 sind die Behandlungsfälle in den Allgemeinkrankenhäusern um 3,8 % gesunken.[126] 2005 wurde dieser Abwärtstrend allerdings wieder gebrochen (Abbildung 14). Dies liegt vor allem darin begründet, dass seit

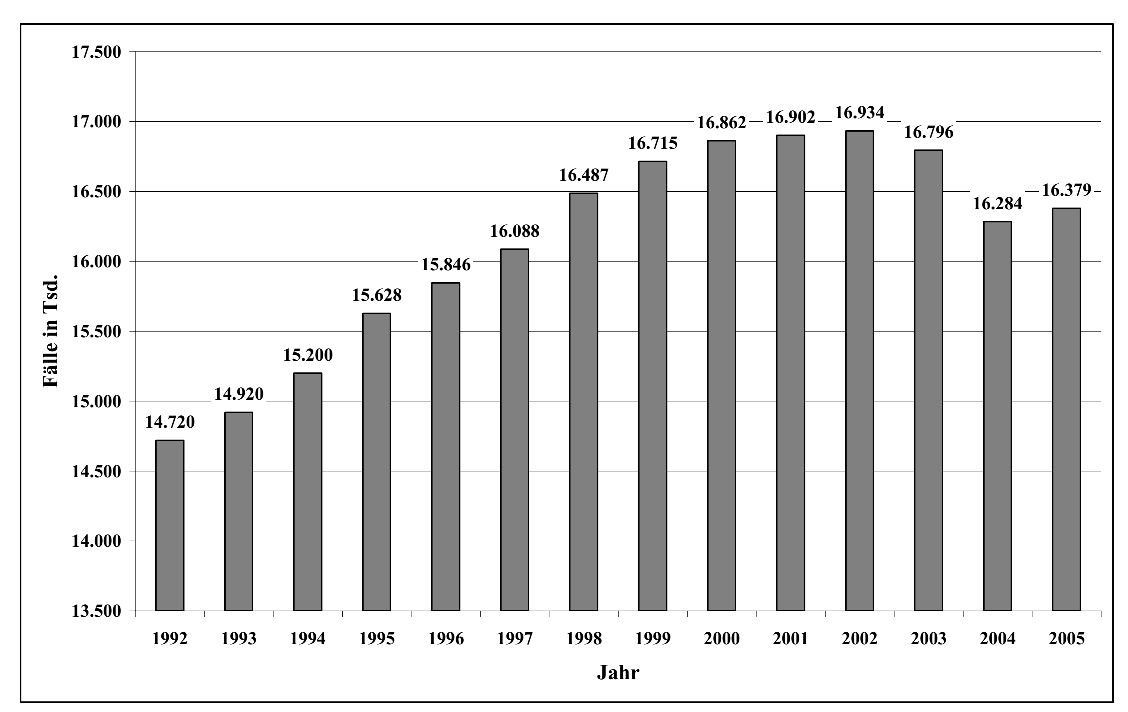
[125] Bei der Erbringung von Mehrleistungen sind Kostensteigerungen z. B. im Sachkostenbereich zu erwarten, die dann entweder bei den Sachkosten insgesamt gespart oder durch weitere Mehrleistungen ‚erkauft' werden müssen. Es sind daher Mehrleistungen in nicht sachkostenlastigen Bereichen zu bevorzugen, wobei nicht immer erwartet werden kann, dass gerade in diesen Bereichen erheblich mehr Patienten Leistungen nachfragen (Roeder/Rau 2006).

[126] Dabei ist davon auszugehen, dass der Rückgang auf Basis der altersstandardisierten Fallzahlen, also der Rückgang der Zahl der Behandlungsfälle ohne demographische Einflüsse, sogar noch deutlicher ausgefallen wäre (Rolland 2005).

Abbildung 14



Fallzahlen in Allgemeinkrankenhäusern, inkl. Stundenfällen, 1992 bis 2005



Quelle: DKG 2006; Statistisches Bundesamt 2006; www.gbe-bund.de; eigene Berechnungen

2005 erstmals auch gesunde Neugeborene in die Gesamtfallzahl eingeschlossen sind (Statistisches Bundesamt 2006).

Der Fallzahlrückgang zwischen 2002 und 2004 basiert, wie oben bereits angedeutet, hauptsächlich auf den Verlagerungen stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich: So wurden im Jahr 2002 laut Krankenhausstatistik 575 613, im Jahr 2003 721 310 und im Jahr 2004 1 160 573 ambulante Operationen durchgeführt. Dies entspricht einer jährlichen Steigerungsrate von 25,8 % (2002/2003) bzw. von 60,9 % (2003/2004)[127] (Rolland 2005). 2005 hat sich dieser Trend mit 1 371 708 ambulanten Operationen im Krankenhaus und einem Zuwachs von 18 % abgeschwächt. Hinsichtlich der Fallzahlentwicklung ist also nach der Einführung des G-DRG-Systems keinesfalls eine deutliche Ausweitung der stationären Fälle festzustellen.[128] Vielmehr zeigt sich eine ‚Entmischung' der Fallzahlentwicklung bei stationären und ambulanten Fallzahlen.

438. Analysen basierend auf AOK Abrechnungsdaten zeigen, dass der Case-Mix für AOK Versicherte zwischen 2002 und 2004 um 6 % angestiegen ist. Im gleichen Zeitraum sind die stationären Fallzahlen in den DRG-Krankenhäusern vor allem zwischen 2003 und 2004 deutlich, d. h. um 4,6 %, gesunken. Für den Case-Mix Index aller AOK-Krankenhausfälle, d. h. die durchschnittliche bzw. standardisierte Fallschwere (Quotient aus Case-Mix und Fallzahl eines Krankenhauses), bedeutet dies einen Anstieg von 4,9 % im Jahresübergang 2002/2003 und von 5,6 % im Jahresübergang 2003/2004. Dabei dürfte ein Grund des steigenden Case-Mix Indexes auch in der Verdopplung der abrechnungsrelevanten Nebendiagnosen pro Fall und der gestiegene Anzahl der OPS-Angaben pro Fall (+ 34 %) liegen. Insgesamt zeigen die AOK Abrechnungsdaten damit, dass sich die Krankenhäuser im Laufe der Einführungsphase an die Kodiererfordernisse bzw. -regelungen des G-DRG-Systems angepasst haben. Zudem können sie als Hinweis dafür gewertet werden, dass die Krankenhäuser rückläufige Behandlungszahlen zwischen 2002 und 2004 zumindest teilweise durch die Kodierung höherwertiger Leistungen ausgeglichen haben (Friedrich/Günster 2006).

Die Personalentwicklung im Kontext des G-DRG-Systems

439. Ein weiterer zentraler Strukturparameter im Rahmen des Krankenhauswesens ist die Personalentwicklung. Hier zeigt sich vor allem in der Pflege schon seit Mitte der neunziger Jahre ein deutlicher Abbau: Wie Abbildung 15 zeigt, ist der Personalbestand[129] in den Allgemeinkrankenhäusern seit 1997 stetig gesunken. Im gleichen Zeitraum ist das ärztliche Personal in Allgemeinkrankenhäusern um rund 12 % ausgebaut worden[130], während sich die Anzahl der Pflegekräfte gleichzeitig um etwa den selben Prozentsatz verringert hat. Bezogen auf das Personal pro Bett zeigt sich eine sehr ähnliche Entwicklung (Abbildung 16). Gründe für die beschriebene Personalentwicklung liegen bei der Pflege unter anderem im Aussetzen der Pflege-Personalregelung (PPR)[131] (Gerste et al. 2002) und beim ärztlichen Personal vor allem in den veränderten Arbeitszeitregulierungen – hauptsächlich durch das an die Rechtssprechung des EuGH angepasste Arbeitszeitgesetz (ArbZG), das seit Beginn dieses Jahres ohne Ausnahmen anzuwenden ist (s. Kapitel 2). Betrachtet man die entsprechende Abbildung 15, so zeigt sich seit der Einführung der G-DRGs eine weitere Beschleunigung der bereits seit Mitte der neunziger Jahre beobachtbaren Entwicklung. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der unten dargestellten WAMP Studie, nach der die Einführung der DRGs aus Sicht der Pflegekräfte die Arbeitsplatzunsicherheit verschärft hat (vgl. auch Bartholomeyczik 2007).

Die Personalreduktion bei der Pflege hat gerade vor dem Hintergrund steigender Fallschwere und sinkender Verweildauern auch Auswirkungen auf die Personalbelastung, die regelmäßig als Anzahl der Behandlungsfälle pro Vollkraft im Jahresdurchschnitt gemessen wird. Diese Kennzahl hat für die Pflege in Allgemeinkrankenhäusern zwischen 2000 und 2005 von 55 auf 60 Fälle pro Pflegekraft/Jahr zugenommen. Wie eine Untersuchung der Universität Witten-Herdecke zeigt, hat im Kontext der Arbeitszeitverdichtung der Anteil patientennaher Tätigkeiten in den ersten drei Jahren nach der DRG-Einführung weiter abgenommen. Dafür haben Tätigkeiten wie Pflegedokumentation, aber auch Tätigkeiten im Bereich Hauswirtschaftspflege, deutlich zugenommen (Bartholomeyczik 2007).[132] Im gleichen Zeitraum, zwischen 2000 und 2005, ist die Fallbelastung des ärztlichen Dienstes in den Allgemeinkrankenhäusern von 162 auf

[127] Das Deutsche Krankenhausinstitut geht in einer aktuellen Studie davon aus, dass die Zahl der ambulanten Operationen von 2004 bis 2010 jährlich um 10 % steigen wird (Offermann/Müller 2006).

[128] Das liegt auch darin begründet, dass die Gefahr einer Angebotsausweitung nicht für alle Leistungen gleichermaßen zutrifft (Geburten vs. Knieendoprothesen).

[129] Alle Personalzahlen sind als Vollzeitäquivalente dargestellt, d. h. es erfolgt eine Umrechnung auf die volle tarifliche Arbeitszeit. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen. In der Krankenhausstatistik wird die Bezeichnung Vollkräfte verwendet. Ihre Zahl wird als Jahresdurchschnittswert ermittelt.

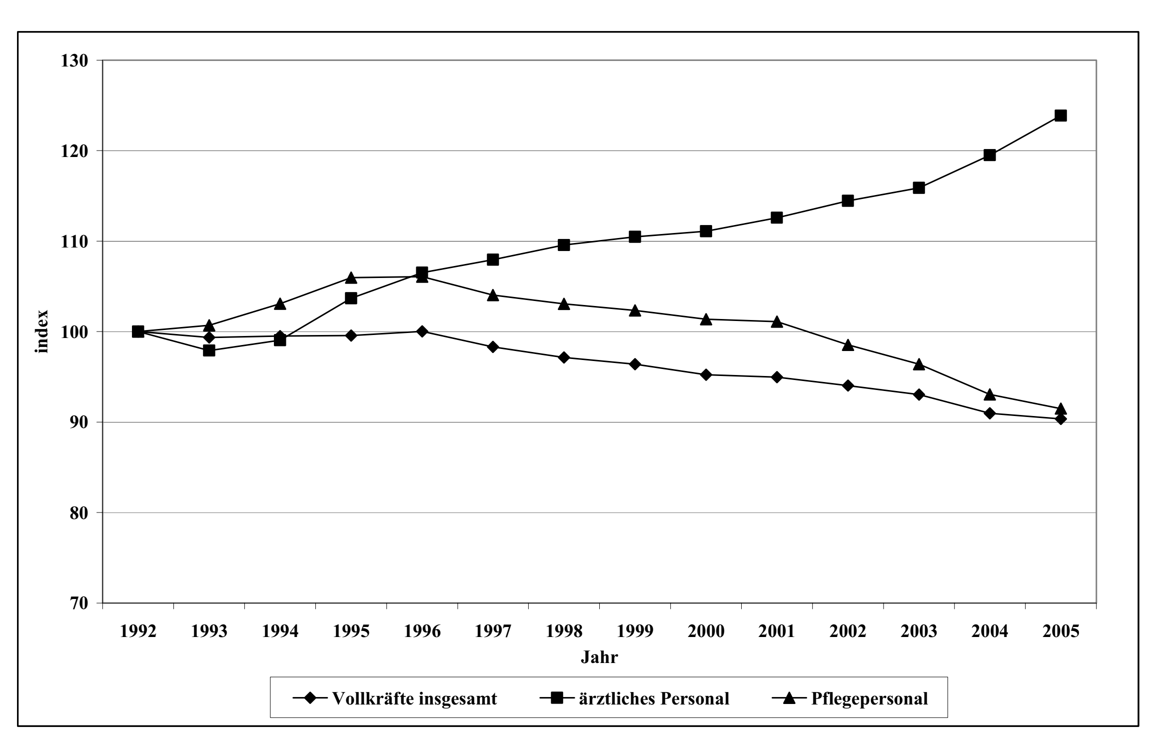
[130] Ende 2004 wurde die bisher obligatorische Phase des Arztes im Praktikum (AiP) abgeschafft. Im Zuge dieser Veränderung ist es zu einer Ausweitung von Planstellen gekommen.

[131] Mit der Methode der PPR wurde zwischen 1992 und 1996 der Pflegepersonalbedarf in Krankenhäusern festgelegt. Im Rahmen der PPR wurden die Patienten aufgrund der für sie notwendigen Pflegeleistungen täglich einer von neun Pflegekategorien zugeordnet. Jeder Gruppe wurden je Patient und Tag festgelegte Minutenwerte für Pflege zugrunde gelegt. Diese wurden entsprechend der vereinbarten Patientenzahlen vervielfacht und bildeten wiederum die Basis für die Ermittlung der Personalstellen (Gerste et al. 2002).

[132] In Deutschland gibt es bislang keine empirischen Studien, die den Einfluss der Arbeitsbelastung der Pflegekräfte bzw. der Pflegekapazität auf die (Ergebnis-)Qualität der Patientenversorgung untersuchen. Folglich ist unklar, welche Effekte sich aus dem Stellenabbau und dem Anstieg der Fallzahl pro Pflegekraft für die Betreuung der Patienten und damit für die Qualität der Versorgung ergeben. Eine Sekundäranalyse internationaler Studien durch das IQWiG weist auf einen negativen Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Mortalität der Patienten durch verspätete Hilfe im Notfall hin. Weitere Zusammenhänge zwischen der Personalbelastung und Qualitätsproblemen wie Dekubitus, Harnwegsinfektion oder Stürze konnten in den internationalen Studien hingegen nicht gefunden werden (IQWiG 2006).

Abbildung 15

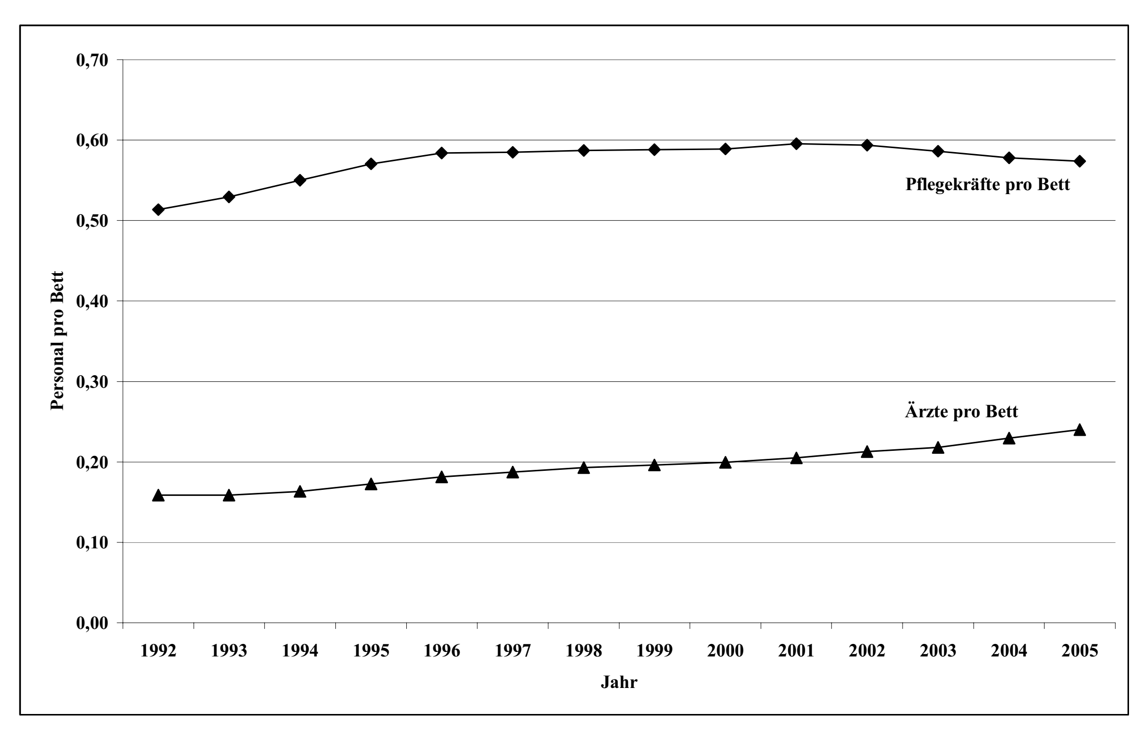
Personalentwicklung in Allgemeinkrankenhäusern, 1992 bis 2005, (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt), Index 1992=100



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, eigene Berechnungen

Abbildung 16

Personal pro Bett (Allgemeinkrankenhäuser), 1992 bis 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, eigene Berechnungen

141 Fälle pro Arzt/Jahr gesunken, wobei beim ärztlichen Personal durch die DRG-Einführung die dokumentationsbezogenen Aufgaben stark zugenommen haben und hier insgesamt noch immer eine dreimal so hohe Fallbelastung besteht wie bei den Pflegekräften.

4.2.1.5 Die Einführung des G-DRG-Systems aus Sicht der Beschäftigten und Patienten

440. Jenseits der Frage, wie sich gängige Strukturparameter im Kontext des G-DRG-Systems entwickelt haben, ist auch die Sicht der zentralen Akteure des Krankenhauses, die der Pflegepersonen und Ärzte, aber auch die Sicht der Patienten auf die DRG-Einführung von Interesse. Die Einstellungen dieser Personengruppen werden im Projekt ‚Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System' (WAMP) erhoben, das seit 2002 vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt wird.[133] Bisher ist WAMP das einzige Forschungsprojekt, das die Wirkung der DRG-Einführung auf die Beschäftigten untersucht. Im Folgenden werden daher die zentralen Ansatzpunkte und Ergebnisse des Projekts dokumentiert.

[133] Das Projekt wird gefördert bzw. unterstützt von der Hans-Böckler-Stiftung, der Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Gewerkschaft Ver.di und der Landesärztekammer Hessen.

Exkurs: Ergebnisse des Projekts ‚Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System'

Ausgangspunkt und Methodik

441. In seiner Ausgangshypothese geht das Projekt ‚Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System' (WAMP) davon aus, dass negative Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten[134] und die Versorgung der Patienten[135] zu erwarten sind, wenn nicht auf die eine oder andere Art gegengesteuert wird (z. B. EU-Arbeitszeitrichtlinie, auf Leitlinien basierte Medizin, Pflegestandards, integrierte Versorgung, Stärkung der Patientenrechte, also insgesamt Mechanismen der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung). Im Vordergrund des Projekts steht somit die Frage, wieweit solche und andere Folgen eingetreten sind, eintreten werden oder tatsächlich – wie vom Gesetzgeber intendiert – Spielräume genutzt werden, um die weiterhin bestehenden umfassenden Versorgungsansprüche (§ 12 SGB V) der GKV-Versicherten auch unter DRG-Bedingungen zu erfüllen. Das Projekt analysiert, welche Anpassungsleistungen die Krankenhäuser bereits im Vorfeld der Einführung des DRG-Systems erbracht haben, welche als unmittelbare Folge der DRGs angesehen werden können und welche eher unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Akteurskonstellationen in den einzelnen Krankenhäusern zuzuordnen sind. Um die Folgen der DRG-Einführung für die Versorgung abschätzen zu können, kommen dabei sowohl quantitative (repräsentative Umfragen) als auch qualitative Methoden (Fallstudien) zum Einsatz. Ärzte, Pflegepersonal und Patienten werden mit standardisierten Fragebögen zu den Arbeitsbedingungen und der Versorgungsqualität im Krankenhaus befragt. Um Veränderungen im Gesamtsystem Krankenhaus identifizieren zu können, werden in ausgewählten Krankenhäusern Fallstudien durchgeführt. Wichtig für die Durchführung valider Veränderungsmessungen ist, dass die erste Welle der standardisierten Befragungen vor bzw. kurz nach der verpflichtenden Einführung der DRGs stattfand und Vergleichsdaten für die Beurteilung der weiteren Entwicklung existieren. So wichtig Informationen und Befunde zur Situation der Krankenhäuser im Zeitraum des Beginns der Implementation sind, so schwierig sind die exakte Identifikation des Beginns der Entwicklung und die Differenzierung von DRG-Auswirkungen, Auswirkungen der Antizipation der DRG-Einführung und von Auswirkungen, die nichts mit den DRGs zu tun haben, sondern beispielsweise der Kostendämpfungspolitik oder der traditionellen Krankenhaushierarchie geschuldet sind. Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung fand Ende 2005 bzw. Anfang 2006 statt; die zweite Pflegekräftebefragung ist im September 2006 ins Feld gegangen. Die dritte standardisierte Befragungswelle ist für 2007 geplant.

Die Darstellung und Analyse von Strukturen und ihren ersten Veränderungen findet wie im Folgenden bisher weitgehend deskriptiv statt. Detailanalysen zu verschiedenen Strukturvariablen finden sich in den bisherigen Publikationen dieses Projekts (Braun/Müller 2003; Braun/Müller 2006; Braun et al. 2004; Klinke/Kühn 2006; Buhr/Klinke 2006a; Buhr/Klinke 2006b). Eine theoriegeleitete, schließende Interpretation der Ergebnisse wird erst möglich sein, nachdem in der zweiten Projektphase gesichertere Erkenntnisse über die Entwicklungen und Trends gewonnen wurden.

[134] Es wird befürchtet, dass sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Richtung weiterer Arbeitsverdichtungen bei gleichzeitigem Personalabbau (Pflege) bzw. Überstundenreduzierung (Ärzte) verschlechtern.

[135] Es wird befürchtet, das sich die Versorgung der Patienten in Richtung einer zunehmenden Fraktionierung der Behandlung verschlechtern wird, und zwar sowohl inner- als auch intrasektoral. Die marktwirtschaftlichen Anreize einer möglichst weitgehenden Externalisierung von Kosten bei gleichzeitiger Maximierung von Erlösen könnten vor allem über eine stärkere Regulierung des Wettbewerbs (Normierung der Leistungen, die zu gleichen Preisen erbracht werden) kompensiert werden. Hier stößt die derzeitige Regulationsmechanik an ihre Grenzen, da in der Selbstverwaltung als primärem Akteur zur Herstellung einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung die Versorgungsinteressen (Patienten) nicht direkt repräsentiert sind.

Einführung der DRGs aus Sicht der Ärzte – Ergebnisse der Ärztebefragung[136]

442. Unter DRG-Bedingungen gewinnen der Aufnahmevorgang und besonders die Diagnose eine erhöhte wirtschaftliche Bedeutung für das Krankenhaus. Trotzdem gaben im Jahre 2004 mehr als 40 % der befragten Ärzte an, dass in ihrem Haus als Mindestqualifikation im Notaufnahmebereich der AiP-Status ausreichend sei.[137] Wie wichtig es ist, qualifizierte Ärzte in der Notaufnahme zu haben, wird an folgendem Beispiel von Herzinfarkt-Patienten deutlich: Wenn ein AiPler bzw. Assistenzarzt aufgrund mangelnder Erfahrung eine falsche Diagnose stellt, vergeht wertvolle Zeit. Irreversible Schäden der Herzwand können vor allem innerhalb der ersten vier Stunden nach Infarkt verhindert werden. Zeit ist für viele Notfallsituationen ein kritischer Qualitätspunkt (BQS 2005).

Nur acht Prozent der befragten Ärzte sagen, in ihrem Erfahrungsbereich sei in der Notaufnahme der Facharztstatus obligatorisch für die Diensthabenden. Gerade in der Notaufnahme treffen die Fälle ein, die unter DRG-Bedingungen kompliziert sind: nämlich diejenigen mit unklarer Diagnose. Auch bei regulärer Aufnahme entscheiden zu über 40 % Ärzte ohne Facharztstatus über die Aufnahme. Im Jahre 2006 hat sich an diesem Zustand sowohl im Bereich der Notfall- als auch der regulären Aufnahme nichts geändert. Wenn eine Patientenakte beim Erstkontakt (reguläre Aufnahme) vollständig vorliegt, können Arbeitsabläufe geplant und verbessert und die Verweildauer verkürzt werden. In 56 % der Erstkontakte ist das allerdings selten bis nie der Fall (2006: 57 %).

Im Jahr 2004 geben 32 % der Ärzte an, ihre Abteilung sei im letzten halben Jahr eher überbelegt gewesen (2006 hat sich der Wert um 3 Prozentpunkte verringert), 17 % berichten von starken Schwankungen (2006 +2 Prozentpunkte). Wenn man davon ausgeht, dass es sich bei starken Schwankungen jeweils etwa zur Hälfte um Über- oder Unterbelegungen handelt, sind insgesamt ca. 40 % der Patienten vom Problem der Überbelegung betroffen.[138] Für 23 % der Ärzte ist im Jahr 2004 der Pflegestandard in ihrer Abteilung deutlich verbesserungswürdig, 2006 sind 26 % dieser Ansicht.

Ein Ziel des DRG-Systems ist die Liegezeitverkürzung. Im Jahr 2004 wurde von den befragten Ärzten der Entlassungszeitpunkt für 14 % der Fälle als zu spät (2006: 3 Prozentpunkte) und für 24 % der Fälle als zu früh betrachtet (2006: +2 Prozentpunkte). Je früher das Genesungsstadium der Patienten bei der Entlassung erreicht ist, desto wichtiger wird das Entlassungsmanagement:

55 % der Ärzte kooperieren im Jahr 2004 mit Reha-Einrichtungen im Rahmen von Entlassungs- oder Überleitungsmanagement, von 40 % wird die Kooperation als gut eingeschätzt. Im Jahr 2006 sank diese Quote auf 33 % (-7 Prozentpunkte). Im Jahr 2004 kooperieren nur 31 % der befragten Krankenhausärzte systematisch mit niedergelassenen Ärzten[139] (2006: -5 Prozentpunkte), wobei die Zusammenarbeit nur von 19 % als „gut" eingestuft wird. Bei der zweiten Befragung 2006 hat sich diese unbefriedigende Situation nicht verbessert (-2 Prozentpunkte).

Behandlungsentscheidungen sind in der Sicht der Ärzte längst nicht mehr nur eine medizinische Entscheidung: Ein Viertel bis ein Drittel der Ärzte nehmen einen starken Einfluss der Verwaltung und der Krankenkassen auf die Behandlungsentscheidungen in ihrer Abteilung oder Station wahr. Während in unterschiedlichen Fragen zwischen 72 % und 86 % der Ärzte mehr oder weniger deutlich die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter der medizinischen Notwendigkeit nur von 9 % in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Konflikte zwischen ihrem Berufsethos und dem Kostendruck erleben im Jahr 2006 46 % der Ärzte in ihrem Alltag, gegenüber dem Jahr 2004 ist dieser Anteil um 11 Prozentpunkte gestiegen.

---

[136] Bisher wurden mit hessischen Krankenhausärzten zwei Befragungswellen durchgeführt. Hessen gilt – aufgrund seiner Strukturdaten, aber auch aufgrund der Ergebnisse von Meinungsumfragen – in der Sozialforschung als repräsentatives Bundesland für Westdeutschland. Eine Repräsentativitätsanalyse der Daten zeigt eine gute Übereinstimmung sowohl mit der Grundgesamtheit hessischer Krankenhausärzte als auch der hessischen Ärzte mit der Grundgesamtheit deutscher Krankenhausärzte (Klinke/Kühn 2006). Die erste Befragung fand im Februar 2004 statt. 50 % der hessischen Krankenhausärzte (Zufallsstichprobe) wurden von der Landesärztekammer zum Zwecke der Befragung angeschrieben. Die Rücklaufquote betrug ca. 40 %. Der Datensatz (n=1.538) wurde um diejenigen Befragten bereinigt, die nicht von der Einführung des DRG-Entgeltsystems betroffen sein werden (Psychiatrie, Reha-Kliniken: n=254). Alle im Folgenden genannten Ergebnisse beziehen sich auf den bereinigten Datensatz (n=1.284). Die zweite Befragung (gleiche Stichprobe) wurde im Frühjahr 2006 abgeschlossen (n=1.108). Das geringere n reflektiert im Wesentlichen die Panelmortalität durch Umzug der befragten Ärzte in ein anderes Bundesland bzw. das Ausland.

[137] Zum Zeitpunkt der Erhebung (Februar 2004) wurde die Approbation erst nach Beendigung der einjährigen AiP (Arzt im Praktikum)-Phase erteilt. Diese existiert seit 2005 nicht mehr. Die Staatsexamina werden seitdem vor Eintritt in den Krankenhausdienst abgeschlossen und die Approbation erteilt.

[138] Diese Schlussfolgerung unterstellt, dass 40 % der befragten Ärzte auch 40 % der Krankenhauspatienten in ihren Abteilungen behandelt haben.

[139] In 2004 wurde nur nach Fachärzten gefragt, in 2006 ergänzend nach Hausärzten. Mit Hausärzten kooperieren sogar nur 24 % der Befragten systematisch und nur 14 % gut (2006).

Die berufsethische Orientierung der Krankenhausärzte wird meist vorausgesetzt, wenn es um die Frage geht, wie im Versorgungsalltag mit dem Anreiz zur Ressourceneinschränkung umgegangen wird. Die Krankenhausärzte geraten aber unter den Bedingungen von Budgetierung und Fallpauschalen in strukturelle Interessenkonflikte zwischen der treuhänderischen Loyalität gegenüber dem Patienten und dem über finanzielle Anreize und organisatorische Sanktionssysteme vermittelten Rentabilitätsziel. Dabei ist die konkrete Rentabilität einer Behandlungsoption aufgrund des Fehlens exakter Kostenkalkulationen eine meist nur vage Orientierungsgröße. Die Ärzte erleben sie – so die Interviews – eher als diffusen Druck in Richtung Einsparung. Insgesamt stimmt jedoch die überwiegende Mehrheit der Krankenhausärzte einer Wirtschaftlichkeit im „material rationalen" Verständnis sowohl der Berufsethik als auch der Sozialgesetzgebung (SGB V) zu. Zeichen der Unsicherheit sind allerdings unverkennbar.

Die Realität im eigenen Erfahrungsbereich (die zugleich Produkt des eigenen Handelns ist) wird somit als widersprüchlich erlebt Nur 11 % der Ärzte, die der Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter dem medizinisch Notwendigen normativ voll zustimmen, arbeiten in einem Kontext, in dem das, was sie als richtig ansehen, nach ihrer Einschätzung tatsächlich auch der Fall ist. Das fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil es sich hier um eine weitgehend von den Ärzten selbst gestaltete Realität handelt. Denn ob im Konfliktfall dem Kostenkalkül oder der medizinischen Notwendigkeit das Primat zukommt, ist ja letztlich stets Resultat von Arztentscheidungen. Erste Auswertungen der zweiten Ärztebefragung (2006) zeigen, dass tendenziell immer mehr Ärzte bereit sind, medizinischer Notwendigkeit keinen Vorrang gegenüber wirtschaftlichen Erwägungen einzuräumen (+4 Prozentpunkte gegenüber 2004). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die beschriebenen Konflikte in Richtung einer Verstärkung formaler zu Lasten materialer Rationalitäten gelöst werden könnten.

32 % der Ärzte nehmen einen starken Einfluss der Krankenkassen auf die Behandlungsentscheidungen in ihrer Abteilung oder Station wahr. Den Einfluss der Verwaltung schätzen 25 % ebenfalls als stark ein. In privaten Häusern ist dies deutlich häufiger der Fall als in Häusern mit anderer Trägerschaft. Aus den Fallstudien geht hervor, dass sich die Parität zwischen Verwaltungsleitung und ärztlicher Leitung oder auch Pflegeleitung nachhaltig zugunsten der Verwaltung bzw. Geschäftsführung verschoben hat. Über den ökonomischen Druck und den Ausbau von Stabsstellen in der Verwaltung verschiebt sich das für viele Jahrefür gemeinnützige und öffentliche Häuser geltende ‚Drei-Säulen-Modell' der Krankenhausleitung zugunsten der klassischen Hierarchie einer Unternehmensführung.

Einführung der DRGs aus Sicht der Pflegekräfte – Ergebnisse der Pflegekräftebefragung[140]

443. Schon in der ersten Befragungswelle war es möglich, Anhaltspunkte für DRG-Effekte in der Problemwahrnehmung und Handlungsorientierung von Pflegekräften ausfindig zu machen, da zwischen Pflegekräften in DRG-Options-Krankenhäusern und Pflegekräften in Häusern, die bis zur Befragung noch keine DRGs eingeführt hatten, unterschieden werden konnte.

Etwa 30 % der Häuser aller befragten Pflegekräfte waren im Sommer 2003 tendenziell überbelegt (Braun et al. 2004). Ein Zusammenhang mit der DRG-Einführung zeigte sich dabei nicht. Das Entlassungs- und Überleitungsmanagement funktioniert in den Augen der Pflegekräfte (alle Befragten) tendenziell gut. Die Pflegekräfte haben zum Zeitpunkt der Befragung (Optionsphase der DRG-Einführung) nicht den Eindruck, dass die Patienten durchgängig oder häufig zu früh entlassen werden. Häuser, die schon die DRGs eingeführt hatten (Optionshäuser, n=856), waren hinsichtlich Case Management, Pflegestandards und Entlassungsmanagement tendenziell weiter entwickelt als die Einrichtungen, die nicht optiert hatten. Außerdem existierten in Optionshäusern – im Vergleich zur Grundgesamtheit aller Befragten – mehr Kurzzeitabteilungen, die als neue Form stationärer Einrichtungen an der Schnittstelle zur ambulanten Behandlung charakterisiert werden können.[141]

Etwa 58 % aller Pflegekräfte sind der Überzeugung, dass sie die Patienten immer in ihrer Selbstständigkeit unterstützen und immerhin knapp 53 % geben an, ihnen immer die Pflegevorgänge zu erläutern; 33 % sehen sich immer in der Lage, den Pflegeablauf an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen. 60 bis 70 % aller Pflegekräfte meinten, sie nähmen sich zumindest überwiegend genug Zeit für Gespräche mit Patienten oder Angehörigen. Etwa 88 % aller Pflegekräfte geben an, ihre Patienten immer würdevoll zu behandeln. Fast ein Drittel (29 %) aller Befragten räumt jedoch ein,

---

[140] Den Ausgangspunkt der Krankenpflegekräftebefragung bildeten erwerbstätige Mitglieder der GEK, bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit" die Berufsordnungsnummer „Krankenschwester/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger" (853) angegeben war. Die gezogene Zufallsstichprobe umfasst 5.269 Personen. Im Juli 2003 erhielten diese Mitglieder einen achtzehn Seiten umfassenden Fragebogen. Insgesamt sandten 3 152 Personen den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Rücklauf von 59,8 %. Für die zur Auswertung herangezogenen Befragungsdaten (n=1.885) wurden nur die Fragebögen ausgewählt, in denen die Pflegekräfte angaben, im Krankenhaus als examinierte Krankenschwester oder -pfleger zu arbeiten. Pflegedienstleitungen sind ausgeschlossen worden. Die zweite Welle der Befragungen findet im zweiten Halbjahr 2006 statt.

[141] Diese Einrichtungen mindern nicht per se die Schnittstellenproblematik. Oft dienen sie vor allem der Ausschöpfung zusätzlicher Einnahmenquellen für die Krankenhäuser.

für die psychosoziale Versorgung nie genügend Zeit zu haben und nur 8 % stimmen der Aussage voll zu, die soziale/emotionale Zuwendung sei ausreichend. Mit der Einführung der DRGs wird von den Pflegekräften aller Optionshäuser tendenziell eine Verschlechterung der Umgangsweise mit den Patienten in Verbindung gebracht (30 %). Aus Zeitmangel nehmen Pflegekräfte sehr häufig nicht mehr an der ärztlichen Visite teil (Buhr/Klinke 2006a; 2006b). Von Pflegekräften in DRG-Optionshäusern wird – im Vergleich zu allen Befragten – eine würdevolle Behandlung der Patienten weniger häufig als gegeben angesehen. Es zeigte sich, dass Pflegekräfte (alle Befragten) mit einer niedrigeren Arbeitsbelastung die psychosoziale Versorgung häufiger gewährleisten konnten als ihre höher belasteten Berufskollegen.

Einführung der DRGs aus Sicht der Patienten – Ergebnisse der Patientenbefragung[142]

444. Der Anteil der Patienten, die in einem Krankenhaus abgewiesen wurden, bleibt auf einem sehr niedrigen Niveau von rund 3 %. Der Informationsstand der Ärzte über den Gesundheitszustand der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme hat sich dabei nach der Wahrnehmung der Patienten nicht geändert. Dies gilt auch für den Informationsstand über vorangegangene Behandlungen. Knapp Dreiviertel der Befragten stimmen uneingeschränkt der Aussage zu, sie seien im Krankenhaus „mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt“ worden. Dabei berichten jüngere Patienten erheblich häufiger als ältere Patienten über schlechte oder kritische Erfahrungen mit Kostenkalkülen oder einer nicht rücksichtsvollen Behandlung.

Bei vielen Aspekten der Prozessqualität hatten im Jahr 2002 die Patienten aus freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern positivere Erfahrungen gemacht als die Befragten, die in Uni-Kliniken und öffentlichen Krankenhäusern behandelt wurden. Dies ist bei Patienten aus freigemeinnützigen Häusern auch noch 2005 der Fall, nicht mehr aber für Patienten aus privaten Kliniken. In den privaten Kliniken haben sich aus Patientensicht vielfach die stärksten Veränderungen vollzogen. Während beispielsweise in öffentlichen Häusern der Anteil der Patienten, die keine Entlassungsleistungen erhalten haben, um 11 Prozentpunkte gesunken ist, stieg dieser bei den privaten Häusern um 12 Prozentpunkte.

Das Beschwerdenbild nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hat sich im Großen und Ganzen nicht verändert: Auf der einen Seite geht es rund 11 % der Befragten schlechter oder nicht besser als vor ihrem Aufenthalt. Knapp ein Drittel der Patienten hat keine Beschwerden mehr. Die relativ größte und zwischen 2002 und 2005 zunehmende Gruppe nimmt eine Verbesserung ihres Zustandes wahr. Die insgesamt geringe Veränderung der Verteilung in den meisten Antworten stellt sich bei differenzierter Betrachtung jedoch differenzierter dar: Multimorbide Patienten haben sowohl im Jahr 2002 als auch im Jahr 2005 die Aufnahmebedingungen, die psychosoziale Versorgung und Leistungen bei der Entlassung überwiegend schlechter beurteilt als Patienten mit nur einer Erkrankung. Diese schlechtere Beurteilung nimmt von 2002 bis 2005 in der Mehrzahl der Aspekte deutlich zu.

Die große Mehrheit der Patienten hat im Jahr 2005 wie schon 2002 mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes kein Problem. Allerdings steigt der Anteil der Patienten, die lieber „etwas länger“ in Behandlung geblieben wären, insgesamt leicht an. In den privaten Häusern (2002: 12 % und 2005: 18 %) und den gGmbH-Kliniken sind die Steigerungsraten dabei deutlich größer als im Durchschnitt aller Häuser (2002: 9 % und 2005: 10 %).

Der wahrgenommene Bedarf an nahezu allen nachstationären Versorgungs- und Unterstützungsleistungen (z. B. hausärztliche Versorgung, Rehabilitationsmaßnahmen, Übergangspflege im Krankenhaus, Hilfsmittel) steigt an. Gleichzeitig bleibt die Häufigkeit der Vorenthaltung der meisten dieser Leistungen praktisch konstant. In beiden Jahren gab es einen Anteil von mehr als einem Viertel dieser nach eigener Einschätzung hilfsbedürftigen Patienten, um deren Unterstützungsbedarf sich während ihres Krankenhausaufenthalts niemand kümmerte.

Im Jahr 2005 erhielten nach eigener Wahrnehmung nicht wesentlich mehr Patienten die von ihnen ausdrücklich für notwendig gehaltenen Beratungs- und Vorbereitungsleistungen (z. B. Aufklärung über gesundheitliche Warnsignale oder Möglichkeiten der Selbsthilfe) für die Zeit nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus als im Jahr 2002. Differenzierte Analysen zeigen zudem signifikante Unterschiede: So steht dem kaum veränderten Erhalt der Entlassungsleistungen bei den 70- bis 80-jährigen Patienten eine kräftige Verbesserung bei den 30- bis 39-jährigen Patienten gegenüber.

[142] Bisher wurden mit Patienten, die einen Krankenhausaufenthalt hatten, zwei Befragungen durchgeführt. Die erste Welle erfolgte Anfang 2003 mit Patienten, die im November/Dezember 2002 ihren Krankenhausaufenthalt hatten, und die zweite Welle Ende 2005 mit Patienten, die im Juli/August 2005 ihren Krankenhausaufenthalt hatten. Die Patienten wurden über die Mitgliederdatei der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zufällig ausgewählt. Die GEK ist eine in ganz Deutschland vertretene Krankenkasse mit ca. 1 Mio Mitgliedern. In der ersten Befragungen wurden 5 968 Patienten angeschrieben (Rücklauf: 4 007 = 67 %). In der zweiten Befragung wurden 3.852 Patienten angeschrieben (Rücklauf: 2.241 = 58 %).

Fazit des WAMP Projekts

445. Das Pflegepersonal wird durchgängig als belastete Berufsgruppe eingestuft. Diese Einstufung deckt sich auch mit relativ hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten und mit – im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – häufigeren stationären Behandlungen. In der Pflege gehören Zeitdruck, zu viele administrative Tätigkeiten, störende Unterbrechungen, Wechselschicht, aber auch anstrengende Patienten oder Angehörige sowie Angst um den Arbeitsplatz zu den oft beschriebenen Arbeitsbelastungen.

Inwieweit die Einführung der DRGs im einzelnen Krankenhaus unmittelbare Einsparzwänge nach sich zieht oder aber nur als Instrument des psychologischen Drucks für die Gewinnoptimierung genutzt wird, kann auf Basis der erhobenen Befunde nicht eindeutig beantwortet werden. Allerdings lässt sich feststellen, dass Pflegekräfte in DRG-Optionshäusern des Jahres 2003[143] eine höhere Arbeitsbelastung angaben als Pflegekräfte in den Krankenhäusern, die noch nicht die DRGs eingeführt hatten – eine Aussage, die in den Fallstudien aus dem Jahr 2005 durchgängig bestätigt wurde (Buhr/Klinke 2006a; 2006b). Ein Großteil der Ärzte und Pflegekräfte ist der Meinung, dass es durch die DRGs zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und des Betriebsklimas kommt bzw. bereits gekommen ist (Klinke/Kühn 2006; Braun et al. 2004).

Eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsmotivation wird sowohl von den Pflegekräften als auch von den Ärzten bekundet. Der Aufwand an administrativer Tätigkeit nimmt durch die DRGs insbesondere für die Ärzte zu. Die damit verbundene, steigende Transparenz in der Versorgung und die angestrebten Verbesserungen in der Organisation führen aber bisher nicht dazu, dass in den Augen der Beschäftigten oder der Patienten die Versorgungsqualität steigt. Ganz im Gegenteil wird häufig von einer teilweisen Verschlechterung der Versorgung gesprochen. Dies betrifft vorrangig die Pflege.

Die Pflegequalität wird von den befragten Ärzten als deutlich verbesserungswürdig angesehen. Sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal räumen ein, dass die psychosoziale Versorgung seit Jahren tendenziell zu kurz kommt. Die bisherigen Befunde deuten auf Prozesse der Arbeitsverdichtung hin, die unter DRG-Bedingungen verstärkt werden und sowohl für Ärzte als auch für Pflegekräfte in der Konsequenz zu einer Vernachlässigung von Patienten im Bereich der psychosozialen Versorgung führen. In der Tendenz deckt sich diese Einschätzung mit der Wahrnehmung der befragten Patienten, nach der Aufmerksamkeit und Zuwendung durch die Pflegekräfte zurückgeht und Ressourcenknappheit eine in steigendem Maße entscheidende Rolle spielt. Die Wahrnehmung, dass Geld eine zunehmende Rolle bei Versorgungsentscheidungen spielt, wird als Befund sowohl von Ärzten als auch von Pflegekräften bestätigt. Von dieser Entwicklung sind aber nicht alle Patienten gleichmäßig betroffen, sondern vor allem multimorbide Patienten (mit drei oder mehr Erkrankungen).

4.2.2 Investitionskostenfinanzierung

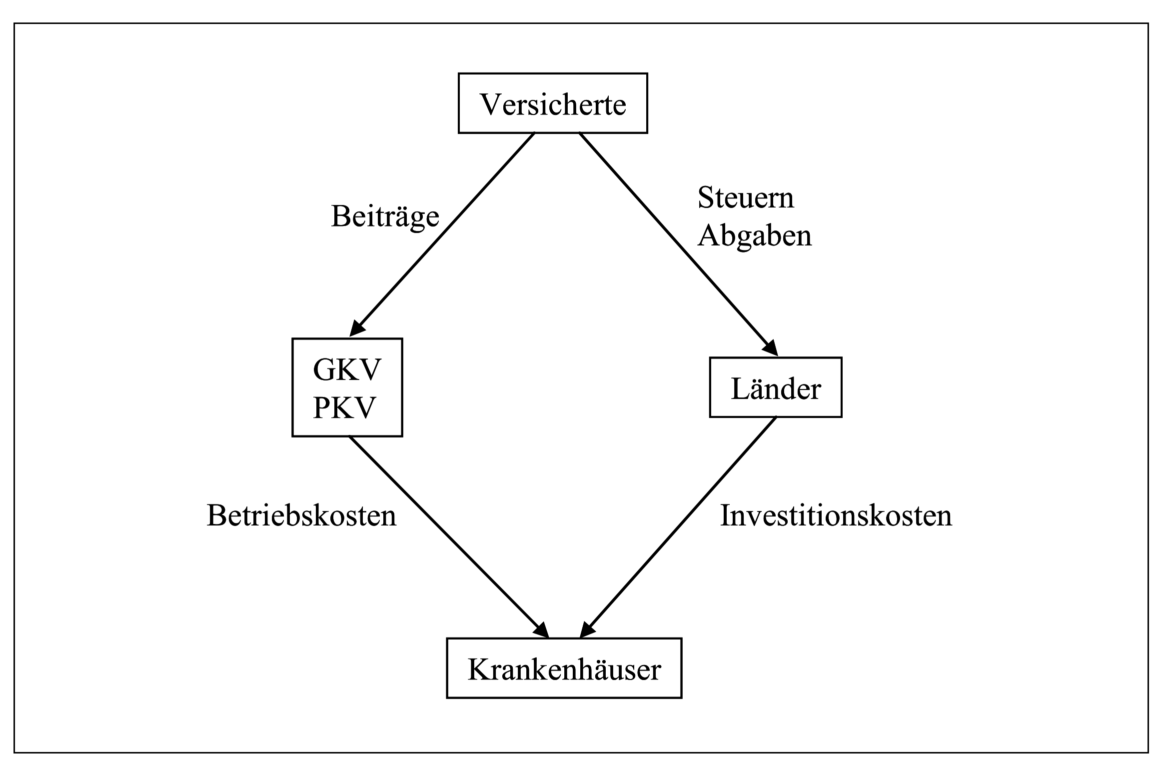
Gesetzliche Rahmenbedingungen

446. Die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland wird seit dem Jahr 1972 im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Zweck dieses Gesetzes ist die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen" (§ 1 Abs. 1 KHG). Das KHG unterscheidet nach Investitions- und Betriebskosten eines Krankenhauses (§ 2 KHG). Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sollen die Investitionskosten über öffentliche Fördermittel und die Betriebskosten über leistungsgerechte Pflegesätze finanziert werden (§ 4 KHG). Die öffentliche Investitionskostenförderung der Krankenhäuser ist Aufgabe der Bundesländer und wird im Detail in den Landeskrankenhausgesetzen geregelt. Die Pflegesätze werden dagegen von den Krankenkassen gezahlt, wofür das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) die rechtliche Grundlage liefern. Diese Trennung der Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten wird als ‚duale Finanzierung' bezeichnet. Ihr liegt die Idee zu Grunde, dass für die Errichtung und Modernisierung der Krankenhäuser die öffentliche Hand zuständig sei und nur die Inanspruchnahme durch die Patienten von deren Krankenversicherung getragen werden soll (Abbildung 17).

[143] Die Optionshäuser lassen sich in zwei Kategorien aufteilen, nämlich die sogenannten ‚Erstumsteiger' (529 Häuser, Meldestichtag 31. Oktober 2002) und die sogenannten ‚Spätumsteiger' (722 Häuser, Stichtag 31. Dezember 2002). Während bei den ‚Erstumsteigern' noch vermutet werden kann, dass es sich um Häuser handelt, die sich strukturell als potentielle Gewinner einer Umstellung auf das DRG-Entgeltsystem sehen, kann bei den ‚Spätumsteigern' eher vermutet werden, dass man noch schnell den Budgetaufschlag mitnehmen wollte, unabhängig davon, ob das Haus auf die DRG-Einführung strukturell besonders gut vorbereitet war oder nicht. Insgesamt also eine heterogene Gruppe, wobei Häuser mit 500-1 000 Betten überrepräsentiert sind, während Häuser mit <100 Betten deutlich unterrepräsentiert sind (Klauber et al. 2004).

Abbildung 17

Die duale Krankenhausfinanzierung



Quelle: Eigene Darstellung

447. Voraussetzung für die öffentliche Förderung der Investitionskosten eines Krankenhauses ist, dass das Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen wurde (§ 8 KHG). Ein solches ‚Plankrankenhaus' ist zugleich berechtigt, an der Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Krankenhausleistungen teilzunehmen, und erhält einen Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen (§ 109 SGB V). Die Investitionskostenförderung wird für unterschiedliche Tatbestände gewährt (§ 9 KHG). Diese umfassen u. a.

– die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern;

– die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren;

– die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt sowie

– die Anlaufkosten, die Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie den Erwerb, die Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre.

Förderfähig durch die Bundesländer sind somit in erster Linie die Errichtung eines Krankenhauses und die dazu notwendigen Anlagegüter sowie deren Wiederbeschaffung. Kosten, die weder der Errichtung noch der Wiederbeschaffung zuzuordnen sind, sondern der Erhaltung des Krankenhausgebäudes oder eines Anlagegutes dienen, gelten als Instandhaltungskosten (Stollmann 2004). Instandhaltungskosten sind nicht förderfähig, sondern werden pauschal über einen Zuschlag auf die Pflegesätze finanziert (§ 17 Abs. 4 KHG). Bei der Investitionskostenförderung der Bundesländer wird zudem zwischen Einzel- bzw. Antragsförderung und der Pauschalförderung unterschieden. Die Pauschalförderung wird ohne Antrag der Krankenhäuser gewährt und dient zur Förderung der Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern bzw. kleinen baulichen Maßnahmen. Für mittel- und langfristige Investitionen können sich die Krankenhäuser per Antrag in das Investitionsprogramm des Bundeslandes aufnehmen lassen. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern können ergänzend nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) gefördert werden, worin der Bund den neuen Ländern zusätzliche Finanzmittel für Krankenhausinvestitionen gewährt. Die Investitionen der Hochschulkliniken wurden im Rahmen der Hochschulbauförderung (HBFG) bis Ende des Jahres 2006 ebenfalls von Bund und Ländern gemeinsam gefördert.

448. Die jeweilige Ausgestaltung der Investitionskostenförderung orientiert sich an der Krankenhausplanung, die zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede aufweist. Während einige wenige Bundesländer ihre

Krankenhauspläne jährlich fortschreiben (z. B. Bayern, Niedersachsen), vollzieht sich die Planung in anderen Bundesländern in einem Mehrjahresrhythmus (z. B. in Berlin, Saarland). Auch inhaltlich differieren die Krankenhauspläne stark. So wird in einigen Bundesländer lediglich eine Rahmenplanung vorgenommen (z. B. in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt), während die anderen Bundesländer auch die Details der Krankenhausstrukturen planen. (DKG 2007a; Stapf-Finé/Polei 2002; Stollmann 2004)

449. Vor dem Jahr 1972 wurden die Kosten der Krankenhäuser ‚monistisch' finanziert, das heißt, die Krankenhäuser mussten ihre Investitions- und Betriebskosten vollständig über die Pflegesätze decken. Allerdings genügten die Pflegesätze in den fünfziger und sechziger Jahren kaum, die Kriegsschäden zu beseitigen und die Krankenhäuser so zu modernisieren, dass sie dem aktuellen Stand der medizinisch-technischen Möglichkeiten entsprachen. Die Vertreter der GKV waren zudem der Ansicht, dass die von ihnen zu leistenden Pflegesätze lediglich die Inanspruchnahme der stationären Leistungen abgelten sollten; für die Bereitstellung und Modernisierung der Krankenhäuser seien dagegen die Träger bzw. der Staat zuständig (Simon 2000). Aufgrund der unklaren Gesetzeslage waren die Krankenhausträger (öffentliche, freigemeinnützliche und private) dazu gezwungen, die Defizite ihrer Krankenhäuser aus eigenen Mitteln zu decken. Erst mit Inkrafttreten des KHG gelang es, die Verantwortlichkeiten eindeutig zu regeln und so die Krankenhausfinanzierung auf eine neue Basis zu stellen. Es waren in erster Linie die Krankenhausträger, die durch das KHG entlastet wurden. Deren Lasten gingen auf die Länder und zunächst auch auf den Bund sowie die Versicherten über. Während Bund und Länder nun zuständig für die Investitionskostenförderung waren, stiegen durch die im KHG verankerte Abgrenzung von Betriebs- und Investitionskosten sowie das eingeführte Selbstkostendeckungsprinzip auch die Pflegesätze an, die über die Krankenkassenbeiträge von den Versicherten getragen werden. Im Jahr 1985 zog sich der Bund vollständig aus der Investitionskostenförderung zurück und übertrug den Ländern die alleinige Verantwortung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz, Bundestagsdrucksache 10/2095). (Simon 2000; Tuschen/Quaas 2001)

450. Das KHG trug dazu bei, dass es zu Beginn der siebziger Jahre gelang, den Investitionsstau der Nachkriegszeit in den Krankenhäusern abzubauen (Bundestagsdrucksache 7/4530; Tuschen/Quaas 2001). Bund und Länder stellten zu diesem Zweck von 1972 bis 1975 insgesamt circa 5,7 Mrd. € für Investitionen zur Verfügung (Bruckenberger 2005). Auch zuvor hatten die Länder und Kommunen bereits in steigendem Umfang Finanzhilfen als Investitionszuschüsse, Zins- und Tilgungszuschüsse sowie Betriebszuschüsse gewährt (Bundestagsdrucksache 7/4530). Durch das KHG stieg aber der Anteil der Gesamtausgaben für stationäre Behandlung am BIP im früheren Bundesgebiet von 1,71 % im Jahr 1970 auf 2,61 % im Jahr 1975. Der wesentliche Teil dieses Anstieges wurde von der GKV getragen, deren Ausgaben für stationäre Behandlung in dieser Zeit von 0,90 % auf 1,70 % am BIP wuchs. Der Anteil der öffentlichen Haushalte blieb dagegen konstant bei 0,49 % des BIP (Simon 2000).

451. Eine ähnliche Situation wie in den fünfziger und sechziger Jahren im früheren Bundesgebiet ergab sich nach der deutschen Einheit in den neuen Bundesländern. Die neuen Bundesländer wären allein nicht in der Lage gewesen, ihre Krankenhauslandschaft in einer absehbaren Zeit auf das Niveau der alten Bundesländer zu bringen. Aus diesem Grund wurde mit dem Artikel 14 GSG im Jahr 1992 festgelegt, dass der Bund sich erneut an der Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser beteiligt. Der Bund stellte den neuen Bundesländern inklusive Berlin dafür von 1995 bis (ursprünglich) 2004 jährlich 358 Mio. € zur Verfügung, während die Länder mindestens genauso viel beitragen mussten. Mit Wirkung zum 1. Januar 2002 wurde die Zweckbindung der Finanzhilfen des Bundes allerdings aufgehoben. Abweichend von den Grundsätzen der dualen Finanzierung werden noch bis zum Jahr 2014 auch die Patienten bzw. deren Kostenträger direkt mit einem Investitionszuschlag in Höhe von derzeit 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage, belastet. Insgesamt wurden so von 1995 bis Ende 2002 rund 9,8 Mrd. € KHG-Fördermittel für den Neubau und die Modernisierung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern investiert. Damit wurde in den neuen Ländern in dieser Zeit fast dreimal soviel investiert wie in den alten Bundesländern, gemessen als Anteil am BIP (DKG 2007a).

452. Mit Hilfe der öffentlichen Förderung der Investitionskosten von Krankenhäusern ist es wiederholt gelungen, einen Investitionsstau zu überwinden und Krankenhäuser dem aktuellen Stand der medizinisch-technischen Möglichkeiten anzupassen. Durch das KHG und später durch Artikel 14 GSG konnten erhebliche Mittel in kurzer Zeit verfügbar gemacht werden. Da die öffentliche Investitionskostenförderung mit Steuergeldern finanziert wird, werden zudem die Beitragssätze der GKV im Vergleich zu einer Situation entlastet, in der sämtliche Kosten der Krankenhäuser über die Pflegesätze zu finanzieren wären; es sind allerdings auch andere Formen der Steuerfinanzierung denkbar. In Verbindung mit der Krankenhausplanung erlaubt die duale Finanzierung den Bundesländern überdies, verteilungspolitische Ziele zu verfolgen. So können Krankenhäuser in Regionen errichtet bzw. müssen nicht geschlossen werden, denen es an einer ausreichenden Bevölkerungsdichte und Finanzkraft mangelt. Das mit dem KHG eingeführte und bis zum Jahr 1993 geltende Selbstkostendeckungsprinzip stellte ergänzend sicher, dass auch die laufenden Betriebskosten dieser Krankenhäuser über die Pflegesätze gedeckt wurden. Schließlich können Krankenhäuser eine bedeutende Rolle als kommunaler Arbeitgeber spielen, was den Landespolitikern erlaubt, in strukturschwachen Regionen sozialpolitische Akzente zu setzen (Neubauer et al. 2007).

Mängel der dualen Krankenhausfinanzierung

453. Trotz der genannten Vorzüge und unverkennbaren Erfolge der dualen Finanzierung wurde schon kurz nach

deren Einführung darüber diskutiert, ob nicht eine monistische Finanzierung die bessere Wahl gewesen wäre. Auslöser dieser Diskussion war der in dieser Höhe unerwartete Anstieg der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlungen (Simon 2000). Schon im Jahr 1975 konstatierte die Bundesregierung in einem Bericht, dass es in der Folge des KHG nicht nur zum Abbau des zuvor bestandenen Investitionsstaus, sondern bereits „zu einer gesamtwirtschaftlich nicht mehr zu vertretenden maximalen Krankenhausversorgung“ (Bundestagsdrucksache 7/4530: 9) gekommen sei.

454. Die deutschen Krankenhäuser stehen zudem unter dem Generalverdacht, ihre Leistungen unwirtschaftlich zu erbringen. Diese These war bis zur Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips jedoch höchstens anekdotisch zu belegen. Es fehlte an einem Maßstab, mit dessen Hilfe die Kosten für die Leistungen der einzelnen Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Fallschwere miteinander verglichen werden konnten (Staat 1998). Erst nachdem mit den DRGs zu einer konsequent leistungsorientierten Bezahlung übergegangen wird, stehen solche Daten zunehmend zur Verfügung. Die Streuung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte stellt dabei zumindest ein Indiz dafür dar, dass es große Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Krankenhausleistungen gibt. Noch befindet sich das G-DRG-System jedoch in der Konvergenzphase. Da über die Höhe des krankenhausindividuellen Basisfallwertes auch die Abbildungsgenauigkeit der DRGs entscheidet, müssen die Wirtschaftlichkeitsvergleiche in diesem ‚lernenden System‘ noch unter Vorbehalt stehen (Roeder 2006).

Als ein weiteres Indiz für die vermutete Unwirtschaftlichkeit im deutschen Krankenhauswesen kann die Privatisierungswelle der Vergangenheit angesehen werden (s. Ziffer 460ff.). Wenn private Krankenhausträger bereit sind, zuvor verschuldete, meist öffentliche Krankenhäuser zu übernehmen und es ihnen gelingt, diese in relativ kurzer Zeit so umzuorganisieren, dass sie eine Rendite erwirtschaften, muss von einer zuvor erheblich ineffizienten Leistungserstellung ausgegangen werden. Dabei ist nicht relevant, ob möglicherweise die öffentliche Trägerschaft ein ineffizientes Management des Krankenhauses begünstigt hat, sondern lediglich, dass die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen eine jahrzehntelange unwirtschaftliche Leistungserstellung zugelassen haben.

455. Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeit in den deutschen Krankenhäusern sind höchstens mittelbar eine Folge der öffentlichen Investitionskostenförderung. Vielmehr dürfte eine bettenorientierte Krankenhausplanung in Verbindung mit dem Selbstkostendekkungsprinzip sowie die Finanzierung über Tagespflegesätze die Hauptursache dafür gewesen sein, dass die Mittel für die stationäre Behandlung ineffizient eingesetzt wurden. Der Übergang zu leistungsorientierten Fallpauschalen hat bereits in der Konvergenzphase zu einer deutlichen Veränderung der Anreize geführt, die eine wirtschaftlichere Leistungserstellung induzieren (Neubauer 2003). In Zukunft werden Krankenhäuser, die nicht in der Lage sind, ihre Leistungen unterhalb des Landesbasisfallwerts bzw. eventuell unterhalb eines Bundesbasisfallwerts zu erbringen, Verluste machen und gegebenenfalls schließen müssen. Im Gegensatz zum Prinzip der Selbstkostendeckung haben Krankenhäuser damit einen systemimmanenten Anreiz, Investitionen so einzusetzen, dass die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung steigt und kostentreibende Überkapazitäten abgebaut werden. Wie stark dieser Anreiz sein wird, hängt jedoch von der endgültigen Ausgestaltung des DRG-Systems ab (s. Ziffer 523ff.).

Die öffentliche Investitionskostenförderung, insbesondere die Einzelförderung, bedingt allerdings eine externe Bürokratisierung der Investitionsentscheidungen von Krankenhausträgern. In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Umfeld ist es für die Krankenhausträger wichtig, schnell und selbstbestimmt über notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen entscheiden zu können. Antragsverfahren, Ausschreibungen, Vergabevorschriften u. ä. führen dazu, dass öffentlich geförderte Investitionen deutlich mehr Zeit und Finanzmittel beanspruchen als privatwirtschaftliche Alternativen (Rüter 2001). Private Krankenhausträger verzichten zum Teil auf eine öffentliche Investitionskostenförderung; sie finanzieren sich über den Kapitalmarkt und aus dem Eigenkapital des Trägers, wodurch sie über Investitionsautonomie verfügen (Augurzky 2007b). Die zahlreichen Erfolge bei der Privatisierung von ehemals defizitär geführten Krankenhäuser sind zu einem wesentlichen Teil darauf zurückzuführen, dass die privaten Krankenhausträger den zuvor bestandenen krankenhausindividuellen Investitionsstau aus eigenen Mitteln in kurzer Zeit auflösen konnten (Neubauer 2003; Paech 2006).

456. Die öffentliche Investitionskostenförderung in Verbindung mit der Krankenhausplanung hat auch zur vielbeklagten Abschottung der Sektoren im deutschen Gesundheitswesen beigetragen: Die Sicherstellung und Planung der ambulanten und stationären Versorgung liegt nicht in einer Hand, sondern wird getrennt von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der zuständigen Landesverwaltung übernommen. Das führte dazu, dass einseitig in Strukturen des jeweiligen Sektors gedacht wurde und eine ‚Schnittstellenproblematik‘ auftreten konnte. Anstelle einer prozessorientierten Gestaltung der Strukturen aus der Perspektive der zu behandelnden Patienten haben sich die Prozesse und damit die Patienten an der geschaffenen Struktur zu orientieren. Nur so lässt sich erklären, dass innovative Entwicklungen wie u. a. die ambulanten Operationen, die vor- und nachstationäre Behandlung oder die Disease-Management-Programme zur Versorgung von chronisch Kranken erst eigene Paragraphen im SGB V benötigen, um Verbreitung zu finden (s. Kapitel 3).

Die duale Finanzierung beeinflusst zudem die Allokationsentscheidungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung: Während in der ambulanten Versorgung die Investitionen der Leistungserbringer vollständig aus der Vergütung der Krankenkassen finanziert werden müssen, tragen die Krankenkassen in der stationären Versorgung nur die Betriebskosten. Die relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden somit tendenziell verzerrt – eine stationäre Behandlung erscheint

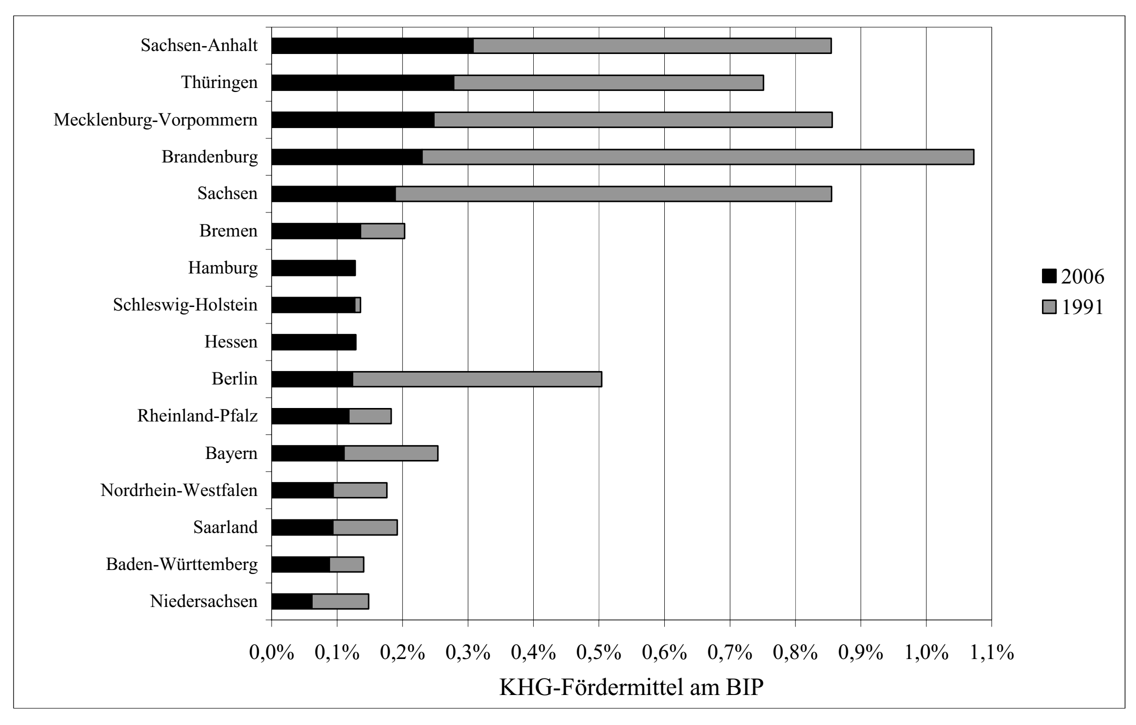
relativ günstiger, als sie es tatsächlich ist und der Grundsatz ‚ambulant vor stationär' wird geschwächt. Die gezielte Steuerung von Patienten und deren Behandlung mit Hilfe von Managed Care-Elementen nimmt im deutschen Gesundheitswesen zu. Krankenkassen bzw. beauftragte Managementgesellschaften versuchen im Rahmen der integrierten Versorgung die Prozesse so zu optimieren, dass die Leistungen möglichst dort erbracht werden, wo bei gleicher oder gar besserer Qualität die niedrigsten Kosten anfallen. Das setzt aber voraus, dass die Preisrelationen verschiedener Behandlungsalternativen nicht verzerrt sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass ein auf einzelwirtschaftlich rational handelnden Akteuren basierender Einsatz von Ressourcen auch gesamtwirtschaftlich optimal ist.

457. Die Länder ziehen sich überdies immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück (s. Ziffer 408). Überdurchschnittlich sind die KHG-Fördermittel am BIP seit dem Jahr 1991 in den neuen Bundesländern inklusive Berlin sowie in Niedersachsen, Bayern und dem Saarland zurückgegangen. Nahezu auf dem Niveau von 1991 förderten dagegen Hessen und Hamburg ihre Krankenhäuser (Stand: 2006, Abbildung 18). Dabei unterscheiden sich die einzelnen Bundesländer in ihrer Förderbereitschaft teilweise erheblich. So schwankt der Anteil der bereitgestellten Fördermittel am BIP in den alten Bundesländern zwischen 0,06 % in Niedersachsen und 0,14 % in Bremen. In den neuen Bundesländern wird nach wie vor deutlich mehr Investitionskostenförderung geleistet, obwohl sich die Fördermittel auch dort langsam dem westdeutschen Niveau annähern. Die Länder unterscheiden sich auch deutlich in der Verteilung der Fördermittel auf die Pauschal- und Einzelförderung. Neben den neuen Bundesländern hat die Einzelförderung besonders in Hamburg (72 %), Hessen (65 %) und Bayern (61 %) einen großen Anteil. Dagegen überwiegt im Saarland (66 %) und Nordrhein-Westfalen (64 %) die Pauschalförderung (Stand: 2006, DKG 2007a).

458. Die Höhe des Investitionsstaus im Krankenhaussektor lässt sich kaum objektiv ermitteln, und so werden auch je nach Berechnungsmethode investive Nachholbedarfe kalkuliert, die um mehr als zehn Milliarden Euro voneinander abweichen (s. Ziffer 408). Dass es an Investitionsmitteln fehlt, lässt sich an dem teilweise mangelhaften Bauzustand zahlreicher Krankenhäuser ablesen. Allen Ermittlungsversuchen eines Investitionsstaus liegt jedoch implizit die Annahme zu Grunde, dass die gewährten Fördermittel effizient eingesetzt werden und keine Überkapazitäten existieren. Daher sollte nicht nur die Höhe der Fördermittel sondern auch deren Verteilung auf die Krankenhäuser zur Diskussion stehen. Gerade im Zuge der DRG-Umstellung müssen die Krankenhäuser verstärkt investieren, um ihre internen Prozesse wettbe-

Abbildung 18

Anteil der KHG-Fördermittel* am BIP nach Bundesländern, in den Jahren 1991 und 2006



* Haushaltsansätze der Länder

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis von DKG 2007a und Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder (www.vgrdl.de).

werbsfähig gestalten zu können (AOLG 2004; Schmidt/ Möller 2007).

Im Zusammenhang mit der öffentlichen Investitionskostenförderung wird deshalb immer wieder die politische Einflussnahme auf die Bewilligung von Investitionen der Krankenhäuser beklagt (Rüter 2001; Augurzky 2007b; Neubauer 2007). Nicht nur die bauliche Substanz oder der Versorgungsauftrag würden über die Höhe der Investitionsförderung entscheiden, sondern auch Verhandlungsgeschick der Krankenhausträger und gute Kontakte zur Politik. Grundsätzlich ist gerade die politische Einflussnahme auf die Investitionsentscheidungen der Krankenhausträger ein wesentliches Merkmal der dualen Krankenhausfinanzierung, da so vermeintlichen Fehlallokationen einer rein marktwirtschaftlichen Lösung entgegengewirkt werden kann. Dies setzt allerdings voraus, dass die Investitionsmittelvergabe bzw. die Krankenhausplanung manipulationsresistent nach Kriterien erfolgt, die den aktuellen und prognostizierten Bedarf berücksichtigen. Bei sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den Fortschritten in der Medizin und Medizintechnik ist aber zu bezweifeln, dass eine öffentliche Bürokratie dies leisten kann (Neubauer 2003). Die gleichzeitige Diskussion über Überkapazitäten und den Investitionsstau, die Privatisierungswelle und der beklagte Mangel an einer sektorübergreifenden Versorgung sind Indizien dafür, dass es in der Vergangenheit nicht gelungen ist, die Bedarfe richtig abzuschätzen und die Krankenhauslandschaft entsprechend zu gestalten.

459. Mit der dualen Finanzierung ist es zweimal gelungen, einen Investitionsstau zu beseitigen. Insbesondere mit der Beteiligung des Bundes, konnte jeweils in kurzer Zeit eine moderne Krankenhausstruktur mit einer hohen Versorgungsdichte geschaffen werden. Jedoch scheiterte die duale Finanzierung in Verbindung mit der staatlichen Krankenhausplanung daran, dauerhaft eine effiziente Allokation der knappen Mittel im Krankenhaussektor sicherzustellen und auf die Entwicklungen in der Medizin (Ambulantisierung, chronische Krankheiten, sektorübergreifende Versorgung) angemessen zu reagieren. Zudem stellt sich die duale Finanzierung mit dem Rückzug der Länder aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zunehmend selbst in Frage. Die öffentlichen Haushalte sehen sich offenbar nicht mehr in der Lage, die vorhandene Krankenhauslandschaft mit dem notwendigen Investitionskapital zu versorgen. Faktisch entwickelt sich die Krankenhausfinanzierung damit schleichend zu einer Monistik.

4.2.3 Privatisierungstendenzen und Wettbewerb

4.2.3.1 Zunehmende Privatisierung und Kettenbildung

460. Betrachtet man die absolute Anzahl der Krankenhäuser, so ist diese von 2 381 im Jahr 1992 auf 2 139 im Jahr 2005 zurückgegangen (1 846 Allgemeinkrankenhäuser und 293 sonstige Krankenhäuser). Dabei sind von diesem allgemeinen Rückgang offenbar nicht alle Krankenhausgrößen in gleichem Umfang betroffen, denn die Anzahl sehr kleiner Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen (Rolland 2005).

461. Jenseits von Krankenhausschließungen weisen die Längsschnittdaten einen weiteren klaren Trend aus: Die massiven Veränderungen in den Trägerstrukturen der Häuser. Lag der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser unter privater Trägerschaft[144] bei Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 noch bei 14,8 %, so hatte sich dieser im Jahr 2005 bereits auf 26,3 % erhöht. Im selben Zeitraum ist der Anteil öffentlicher Krankenhäuser[145] von 46,0 % auf 35,1 % zurückgegangen. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser[146] hat sich in der beschriebenen Periode dagegen nur um 0,5 Prozentpunkte auf 38,6 % verringert und kann damit als stabil bezeichnet werden (Rolland 2005). Dieser Trend, der sich auch in Abbildung 19 widerspiegelt, wird von dem Befund untermauert, dass sich zwischen 2003 und 2004 die Zahl öffentlicher Krankenhäuser in privatrechtlicher Form (z. B. GmbH) um rund 13 Prozentpunkte auf 44,2 % erhöht hat. Gleichzeitig sank die Zahl der rechtlich unselbständigen öffentlichen Krankenhäuser (z. B. Eigen- oder Regiebetriebe) um rund 17 Prozentpunkte auf 37,2 % (Statistisches Bundesamt 2006). Damit lassen die Daten sowohl auf einen Trend zur materiellen als auch zur formellen Privatisierung von Krankenhäusern schließen (Strehl 2003).

Die beschriebenen Veränderungen in der Trägerstruktur spiegeln sich auch bei der Differenzierung der Betten nach Trägern wider (Abbildung 20). Dabei zeigt sich, dass der Anteil der privat getragenen Betten in den Allgemeinkrankenhäusern, trotz der Veränderungen in der Krankenhausstatistik[147], seit 2002 kontinuierlich angestiegen ist. Dies kann auch als Hinweis dafür gewertet werden, dass sich die privaten Träger vor allem in den vergangenen Jahren besonders im Bereich der Allgemeinkrankenhäuser engagiert haben. Weil private Kranken-

---

[144] D. h. Krankenhäuser, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden.

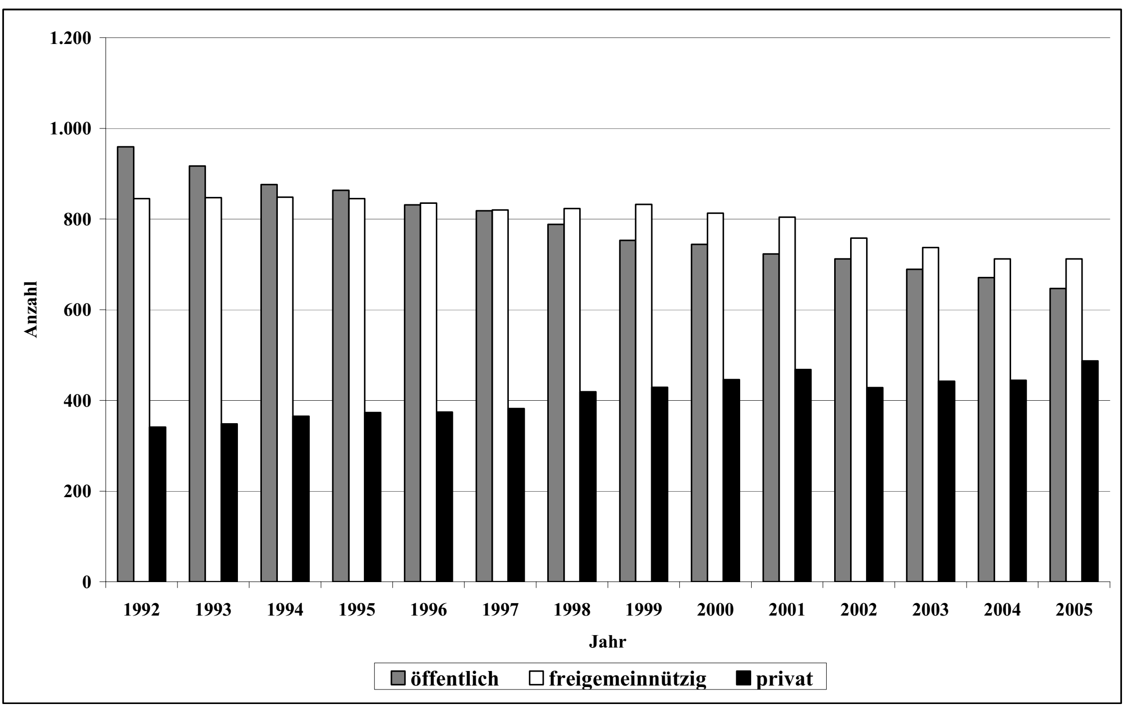
[145] D. h. Krankenhäuser die von öffentlichen Trägern, z. B. der Kommune, unabhängig von ihrer Betriebsart getragen werden. Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung. Sonstige öffentliche Träger können z. B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts sein.

[146] D. h. Krankenhäuser, die von freigemeinnützigen Trägern, d. h. Trägern der freien Wohlfahrtspflege (einschließlich der Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts) getragen werden.

[147] Wurden Krankenhäuser mit rein neurologischen Betten bis einschließlich 2001 unter die Kategorie ‚allgemeine Krankenhäuser' gefasst, zählen sie zwischen 2002 und 2005 zur Kategorie der ‚sonstigen Krankenhäuser'. Durch diese Veränderung der Definition weist die Statistik ab 2002 mehr ‚sonstige Krankenhäuser', und gleichzeitig weniger ‚allgemeine Krankenhäuser' aus. Zudem folgt aus dieser Veränderung auch, dass die Anzahl der privat getragenen allgemeinen Krankenhäuser 2002 deutlich unter dem Wert von 2001 liegt – obwohl die Anzahl der privaten allgemeinen Krankenhäuser in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Dies legt wiederum den Schluss nahe, dass die rein neurologischen Kliniken, die nun zu den sonstigen Krankenhäusern gezählt werden, vorwiegend private Einrichtungen waren (Statistisches Bundesamt 2005).

Abbildung 19

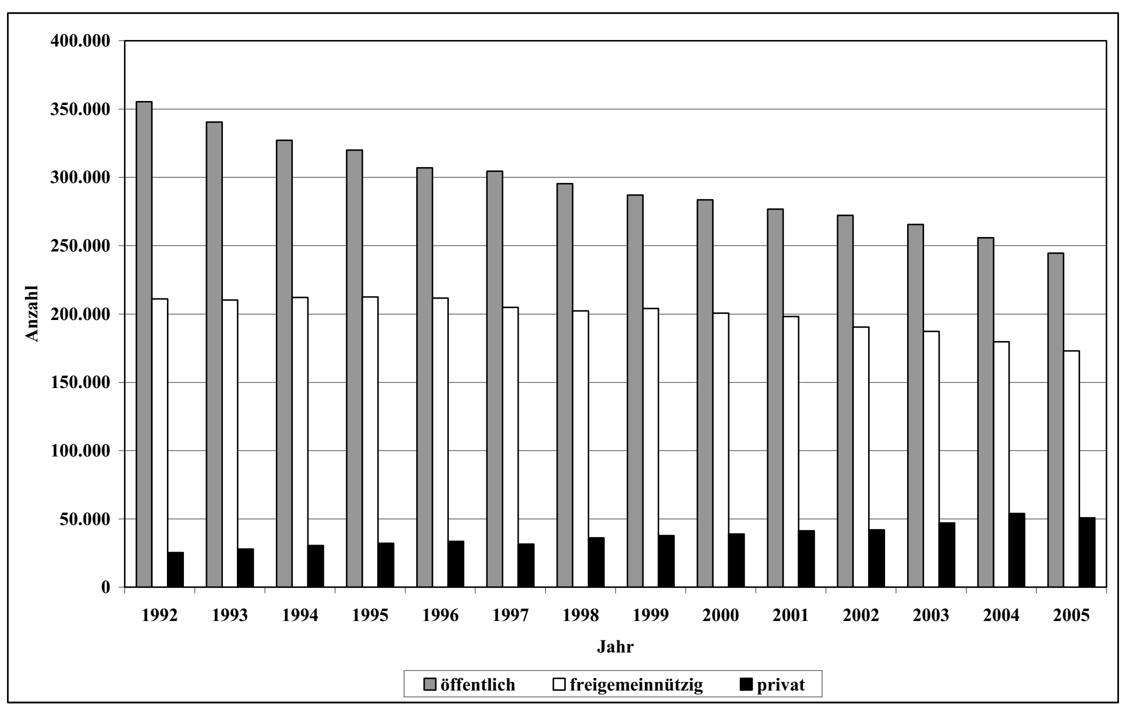
Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland nach Trägern, 1992 bis 2005



Quelle:Statistisches Bundesamt 2006; DKG 2006; www.gbe-bund.de

Abbildung 20

Bettenzahl in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägern, 1992 bis 2005



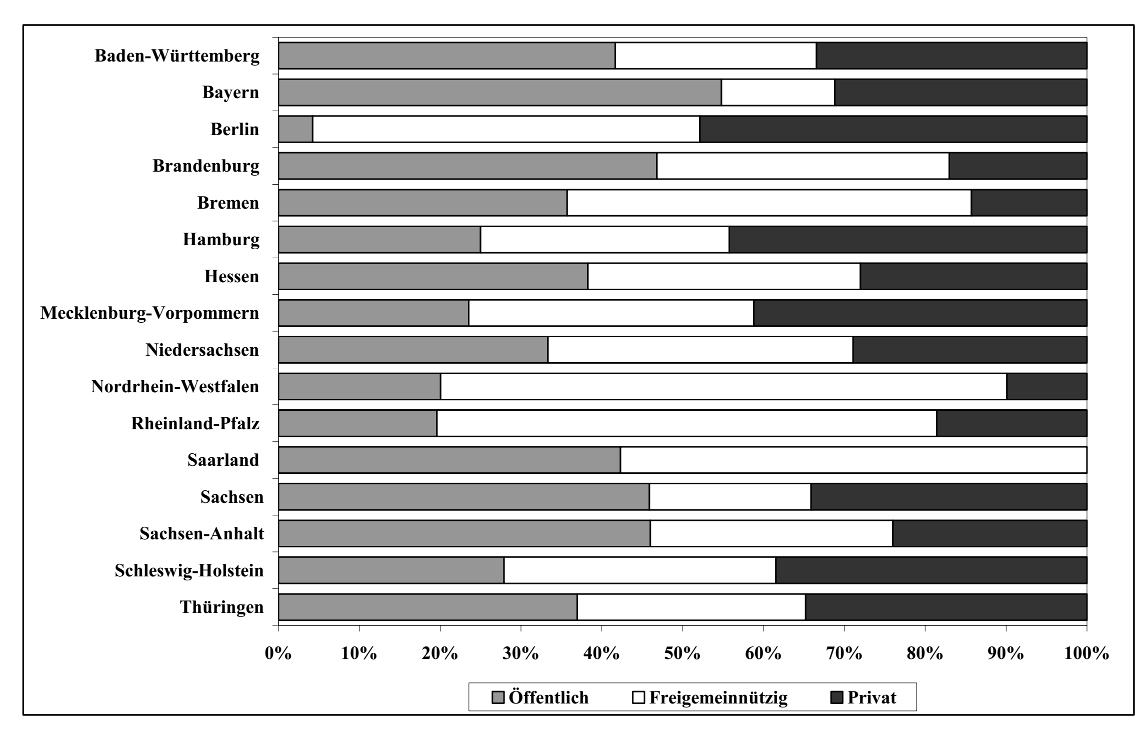
*Quelle:*Statistisches Bundesamt 2006; DKG 2006; www.gbe-bund.de: Krankenhäuser

häuser allerdings häufig durch geringe bzw. mittlere Gesamtbettenzahlen, öffentliche Krankenhäuser dagegen mehrheitlich durch große Gesamtbettenzahlen gekennzeichnet sind, waren 2005 immer noch 52,2 % aller Betten in öffentlicher, 36,9 % in freigemeinnützigen und nur 10,9 % in privater Trägerschaft, obwohl die privaten Krankenhäuser bereits mehr als ein Viertel aller Einrichtungen stellten (Statistisches Bundesamt 2006). Andererseits gibt es einige große Krankenhäuser der Maximalversorgung, die privatisiert wurden, und neuerdings sogar das Universitätsklinikum Gießen/Marburg als erstes vollständiges Universitätsklinikum (Wissenschaftsrat 2005).

Zieht man zusätzlich die gebietsmäßige bzw. regionale Dimension dieser Entwicklung in Betracht, so zeigt sich, dass der Mix der Trägerstrukturen stark regional variiert. Während es im Saarland keine privaten Krankenhäuser gibt, haben diese in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen und Schleswig-Holstein einen Anteil von über 30 % (Abbildung 21).

Abbildung 21

Krankenhäuser (insgesamt), differenziert nach Ländern und Trägern, 2005



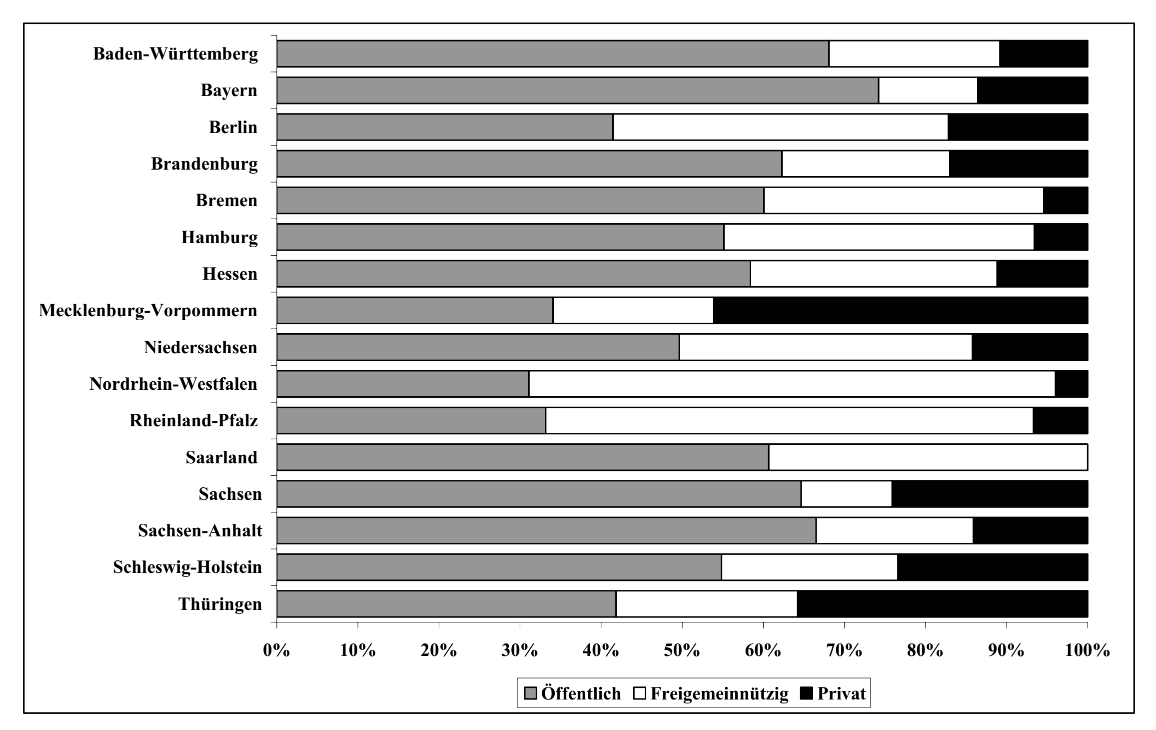
Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Ein etwas anderes Bild der regionalen Situation im Bereich der Krankenhäuser ergibt sich allerdings, wenn man die Betten des jeweiligen Bundeslandes differenziert nach der Trägerstruktur betrachtet (Abbildung 22).

Abbildung 22



Bettenzahl (Krankenhäuser insgesamt) differenziert nach Ländern und Trägern, 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Exkurs: Macht die Trägerschaft einen Unterschied? – Internationale Evidenz

462. Die (zu erwartenden) Effekte und Wirkungen der oben beschriebenen Entwicklung, die auch mit dem vermehrten Engagement gewinnorientierter Krankenhausträger im deutschen Krankenhausmarkt einhergeht, werden kontrovers diskutiert. Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Gutachten 2003 bereits dahingehend geäußert, dass „weitgehend ungeklärt sei, welchen Einfluss die Träger- bzw. Eigentümerstruktur auf das Leistungsangebot und die Qualität der Krankenversorgung ausübt“ (GA 2003, Ziffer 947). Zugleich wurde empfohlen: „die Auswirkungen der Eigentümerstruktur auf die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Mitteln der Versorgungsforschung zu untersuchen“.

Auch heute gibt es in Deutschland noch keine Studien, die gewinnorientierte und gemeinnützige Krankenhäuser systematisch vergleichen und so Anhaltspunkte für die zu erwartenden Wirkungen des Wandels der Trägerstrukturen – beispielsweise auf die Versorgungsqualität geben können.[148] Erste Daten für Deutschland sind im Rahmen der von der Bundesärztekammer ausgeschriebenen Forschungsförderung zu den Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung zu erwarten.

Vor dem Hintergrund der noch mangelnden deutschen Empirie scheint es von Interesse, die zur Verfügung stehenden internationalen Studien, welche die Wirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen, vor allem im amerikanischen Kontext, untersuchen, zu reflektieren. Dies sollte jedoch immer im Wissen geschehen, dass das deutsche und das amerikanische Gesundheitssystem sehr unterschiedlich sind, und eine Übertragbarkeit der Studienergebnisse somit nur in sehr begrenztem Umfang sinnvoll erscheint.

[148] Ein Ausnahme bilden die medizinischen Jahresberichte der Helios Kliniken. Hier wird die Sterblichkeit in den (privaten) Kliniken des Konzerns mit der durchschnittlichen Sterblichkeit in 324 bundesdeutschen Kliniken (3M Stichprobe) verglichen, die mehrheitlich öffentlich bzw. freigemeinnützig getragen sind (Helios 2005).

463. Zentrales Interesse gilt zunächst der Frage des Zusammenhangs von Trägertypen und Mortalitätsraten. Hier zeigt eine Metastudie von Devereaux et al. (2002), dass bei sechs der einbezogenen 14 Studien – nach Kontrolle der Moderatorvariablen – private nicht-gewinnorientierte Krankenhäuser ein signifikant niedrigeres Mortalitätsrisiko aufweisen als private gewinnorientierte Einrichtungen. Nur in einer der 14 analysierten Studien waren private, gewinnorientierte Krankenhäuser im Vergleich zu nicht-gewinnorientierten Häusern durch ein geringeres Mortalitätsrisiko charakterisiert. Allerdings berichteten sieben – und damit die Hälfte der in die Meta-Analyse eingegangen Studien – auf die Frage nach dem Zusammenhang von Trägerschaft und Mortalitätsrisiko nur ein indifferentes Ergebnis. Insgesamt zeigt die der Studie zu Grunde liegende gepoolte Analyse ein signifikant höheres Mortalitätsrisiko in privaten, gewinnorientierten Krankenhäusern.[149] Dieses Ergebnis wird durch eine weitere systematische Auswertung von 69, ebenfalls dem Peer-Review-Verfahren unterliegender empirischer Studien komplettiert, die die Auswirkung des Trägertyps auf die Qualität der Versorgung untersucht: Nach dieser Analyse weisen 59 % der Studien eine bessere Versorgungsqualität der nicht-gewinnorientierten Krankenhäuser aus, 29 % sahen keine Differenz zwischen den beiden Trägerarten und lediglich 12 % zeigten, dass gewinnorientierte Häuser durch eine bessere Qualität gekennzeichnet sind als die nicht-gewinnorientierten Anbieter von Krankenhausleistungen (Rosenau/Linder 2003).

Eine andere ebenfalls amerikanische Studie geht der Frage nach, wie das Leistungsspektrum eines Krankenhauses mit seiner Trägerschaft variiert (Horwitz 2005). Dabei zeigt die vergleichende Analyse eines mehr als 30 übliche Krankenhausleistungen umfassenden Kataloges, dass öffentliche Häuser mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als private Häuser auch vergleichsweise unrentable Leistungen anbieten. Die privaten Krankenhäuser haben ihrerseits eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, sich auf vergleichsweise rentable Leistungen zu konzentrieren. Außerdem scheinen die Krankenhäuser in privater Trägerschaft – insbesondere die privaten gewinnorientierten – sehr viel schneller auf Veränderungen in der Rentabilität von Leistungen zu reagieren.

Neben den oben dargestellten Studien gibt es auch Arbeiten, welche die Kosten der Leistungserbringung nach dem jeweiligen Trägertyp untersuchen. Dabei zeigt eine systematische Auswertung von 56 Einzelstudien (Rosenau/Linder 2003), dass die nicht-gewinnorientierten Krankenhäuser unter Kosten/Effizienz Gesichtspunkten in der Mehrheit dieser Studien besser abschneiden: Während in 23 % der Studien die gewinnorientierten Krankenhäuser in Bezug auf die Kosten/Effizienz einen Vorsprung vor den nicht-gewinnorientierten hatten, zeigte sich in 77 % der Studien entweder eine Überlegenheit der nicht-gewinnorientierten oder kein Unterschied zwischen den beiden Trägertypen. Ähnlich sind auch die Schlussfolgerungen einer Metastudie, die im Rahmen einer gepoolten Analyse die Kosten von privaten gewinnorientierten und privaten nicht-gewinnorientierten Krankenhäuser vergleicht. Dabei scheint vor allem erwähnenswert, dass gerade jene Studien, die die umfassendste Kontrolle der Moderatorvariablen gewährleisten, signifikant höhere Kosten für die Behandlung in privaten gewinnorientierten Häusern ausweisen als in deren gemeinnützigen Pendants (Devereaux et al. 2004).

464. Die oben beschriebene Entwicklung des Trägerspektrums wird von einer Zunahme von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern begleitet. Diese Entwicklung beschränkt sich keinesfalls auf die privaten Einrichtungen, sondern kann ebenso im Bereich der öffentlichen und der freigemeinnützigen Krankenhäuser beobachtet werden (Wambach 2006) – wobei Kooperationen über Trägergrenzen hinweg bisher selten sind (Beispiele siehe Preusker 2006). Am deutlichsten wird der Trend der ‚Kettenbildung', dem Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser unter einem gemeinsamen Dach, dennoch bei der Betrachtung des privaten Sektors: Zwischen 1992 und 2005 hat sich die Anzahl der in den führenden privaten Krankenhausketten[150] zusammengeschlossenen Krankenhäuser um das Vierfache, die Zahl der darin betriebenen Betten um das Siebenfache erhöht (Bruckenberger et al. 2006). Dabei hat sich die Konzentration im Krankenhaussektor vor allem innerhalb der letzten Jahren beschleunigt.

[149] Die Tatsache, dass die Ergebnisse der genannten Studie auf einer Datenanalyse mit mehrfach gepoolten Daten beruhen ist kein stichhaltiges Argument um die komplette Studie in Zweifel zu ziehen.

[150] Die derzeit führenden Krankenhauskonzerne sind Asklepios (Umsatz 2 Mrd. €, 48 Akutkliniken), die Rhön-Klinikum AG (Umsatz 1,9 Mrd. €, 43 Akutkliniken), Helios Kliniken GmbH (Umsatz 1,7 Mrd. €, 34 Akutkliniken) und Sana GmbH & Co. KGaA (Umsatz 792 Mio. €, 35 Akutkliniken) (Jachertz 2006 und Internetauftritte der Konzerne).

465. Zusätzlich zu den beschriebenen Zusammenschlüssen und Privatisierungen gibt es auch erste Anzeichen für eine zunehmende Internationalisierung der deutschen Krankenhauslandschaft. Diese manifestiert sich derzeit allem voran in der Übernahme deutscher Kliniken durch ausländische Unternehmen, wie beispielsweise den Akquisitionen der schweizerischen Ameos Gruppe oder aber den Aufkauf der Deutschen Klinik GmbH durch den international tätigen schwedischen Gesundheitskonzern Capio (Paech 2006).

466. Die Gründe für die oben beschrieben Trends zur Privatisierung und Kettenbildung sind vielschichtig und können in folgenden Punkten zusammengefasst werden:

– Private Krankenhäuser können Veränderungen und Anpassungen oftmals schneller umsetzen als öffentliche Träger, die sich oftmals mit bürokratischen Prozessen konfrontiert sehen.

– Private Krankenhäuser besitzen eine höhere Flexibilität, wenn es um Tarifverträge und um Änderungen der Altersversorgung (VBL) geht.

– Private Krankenhäuser haben einen wesentlich besseren Zugang zum Kapitalmarkt, der ihnen zügige Investitionen erlaubt.

– Krankenhäuser, die in einer Klinikkette zusammengeschlossen sind, besitzen Vorteile bei der Beschaffung von Geräten und Verbrauchsmaterial.

– Mindestmengen (§ 137 SGB V) sind im Kontext von Klinikketten leichter zu erreichen, da diese die Patienten intern ‚umverteilen' können. Dies schränkt allerdings die freie Wahl des Krankenhauses durch den Patienten und den überweisenden Arzt ein.

– Kettenbildung erlaubt Skaleneffekte (Fixkostendegression), kann die Qualität der Leistungserbringung verbessern und erlaubt Forschung auf der Basis größerer Fallzahlen.

– Im Falle, dass ein privater Träger mit seiner Klinikkette Renommee gewinnt, kann dieser Markenartikel selbst zum Werbeträger werden und damit einen Wettbewerbsvorteil darstellen.

Exkurs: Privatisierung der Universitätsmedizin

467. Besonders großem Misstrauen begegnet die Vorstellung, dass die universitäre Medizin privatisiert werden könnte. Dies wird auch in den Empfehlungen zu *Public Privat Partnerships* (PPP) und Privatisierungen in der Universitätsmedizinischen Krankenversorgung deutlich (Wissenschaftsrat 2006; 2007). So heißt es dort: „Die auskömmliche Finanzierung einer konkurrenzfähigen Universitätsmedizin ist angesichts der insgesamt angespannten Finanzsituation der öffentlichen Haushalte und der geplanten Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau eine große Herausforderung, der sich die Länder künftig allein stellen dürften. Der Wissenschaftsrat hält es daher für zielführend, neue Wege zur Erschließung von Ressourcen und zur effizienteren Ausgestaltung auch der Universitätsmedizin zu beschreiten."

In diesem Sinne hält der Wissenschaftsrat verschiedene Ausprägungsformen von Privatisierungen zwar für „geeignete Optionen". Er empfiehlt aber, dass die Länder zunächst verstärkt prüfen sollen, „wie durch Erweiterung des Handlungsspielraums der Universitätsklinika Effizienzsteigerungen erzielt werden können, die den Universitätsklinika auch im Rahmen der öffentlichen Trägerschaft erlauben, auf dem Krankenhausmarkt wettbewerbsfähig agieren zu können." Der Wissenschaftsrat stellt Optionen für Deregulierungsschritte vor: hierzu zählt er vor allem die Übertragung des Anlagevermögens, um der Verbesserung der Kreditfähigkeit willen, die Bauherreneigenschaft und die Freigabe von Tarifbindung und Altersversorgung (VBL).

Für den Wissenschaftsrat ist es unverzichtbar, dass es aufgrund der Privatisierung eines Universitätsklinikums zu keinen Mitspracherechten des privaten Trägers bezüglich Umfang und Inhalt von Forschung und Lehre kommen darf. „Insbesondere muss gesetzlich sichergestellt sein, dass das Klinikum der Medizinischen Fakultät zu deren Aufgabenerfüllung dient und der Staat weiterhin Träger der hoheitlichen Aufgaben bleibt". Für Universität und Land werden Informations-, Kontroll- und Einwirkungsrechte gefordert, ebenso Garantien für Studierende, Auszubildende und medizinische Nachwuchswissenschaftler. Der Dekan müsse Mitglied der Geschäftsführung eines materiell privatisierten Universitätsklinikums sein. „Im Rahmen des Interessensausgleiches und einer sachgerechten organisatorischen Verzahnung sind Regelungen für eine gemeinsame Strategie-, Struktur- und Ausstattungsplanung vorzusehen. Dies betrifft insbesondere das Fächerspektrum, sowie ein abgestimmtes Verfahren zur Berufung von Professoren, die im Klinikum gleichzeitig als Chefärzte tätig werden sollen." Der Zuschuss des Landes für Forschung und Lehre müsse an die medizinische Fakultät erfolgen, die über die Verwendung dieser Mittel entscheide.

Deutlich weniger misstrauisch äußert sich der Wissenschaftsrat an anderer Stelle: „Allerdings kann auch ein privater Träger ein dezidiertes Interesse daran haben, seine Wettbewerbsfähigkeit durch ein exzellentes Profil von Forschung und Lehre stützen und entwickeln zu wollen. Es ermöglicht ihm vor allem die Akquisition innovationsfreudiger und leistungsbereiter Mitarbeiter. Zudem sollte der in Verbindung mit Forschung und Lehre in der Bevölkerung allgemein positiv besetzte Begriff der ‚Universitätsmedizin' für die nötige Sogirkung im Krankenversorgungsbereich sorgen."

468. Insgesamt sind die Erfahrungen mit der Privatisierung der Universitätsmedizin noch spärlich. Neben der vollen Privatisierung des Klinikums Gießen/Marburg (Rhön-Klinikum AG) sowie Berlin-Buch und Wuppertal (Helios Kliniken GmbH) gibt es in mehreren Ländern Einzelbeispiele für Teilprivatisierungen (Ministerium für Wissenschaft Forschung und Kunst Baden-Württemberg 2003). Es gibt aber durchaus Gründe, nicht nur das Klinikum einer Universität sondern die gesamte medizinische Fakultät in eine Form der privaten Trägerschaft zu überführen. Abgesehen davon, dass die ‚Trennungsrechung', also die Unterscheidung von Aufwendungen für Krankenversorgung einerseits sowie Forschung und Lehre andererseits, vielfach artefiziell ist (vgl. SG 1997, Ziffer 187ff.), kann man davon ausgehen, dass für einen privaten Träger Universitätsmedizin nur dann sinnvoll ist, wenn Qualitätsführerschaft nicht nur in der Krankenversorgung sondern gerade auch in Forschung und Lehre angestrebt und erreicht wird. Dabei könnte die Finanzierung von Forschung und Lehre durchaus eine staatliche Aufgabe bleiben. Diese wäre z. B. in dem Sinne zu regeln, dass der Staat an den privaten Träger für jeden fertigen Absolventen eines Studiums, vielleicht sogar erfolgsabhängig, eine vertraglich vereinbarte Summe bezahlt und dass vertraglich vereinbarte staatliche Zuschüsse für die Forschung u. a. nach folgenden Kriterien gegeben werden:

– Duale, quotäre Kofinanzierung, staatlich und aus erwirtschafteten Überschüssen,

– Abhängigkeit von der Einwerbung begutachteter Drittmittel und

– Anteil für Neuentwicklungen in der Fakultät.

Eine solche Privatisierung der gesamten Universitätsmedizin wäre durch Begleitforschung zu beobachten. In diesem Sinne wird der Wissenschaftsrat zum Beispiel Gießen/Marburg nach drei Jahren hinsichtlich der Entwicklung von Forschung und Lehre begutachten. Seitens der Bundesärztekammer und deren Versorgungsforschung wird die Analyse der Krankenversorgung in Gießen/Marburg als dringende Untersuchungsaufgabe anerkannt, was aber wegen der gleichzeitigen Fusion der beiden Standorte nicht ganz einfach ist. Deswegen erfolgte inzwischen eine Ausschreibung der BÄK bezüglich des Einflusses der Trägerschaft auf die Qualität der Krankenversorgung in Kliniken (Bäsler et al. 2006).

4.2.3.2 Krankenhäuser im Wettbewerb

469. Jenseits aller Trägerformen konkurrieren die Krankenhäuser zunehmend nicht nur um Investitionsmittel, sondern vor allem auch um Patienten bzw. Kapazitäten/Mengen. Insofern haben die Kostendämpfungspolitik und die im Zuge von Verweildauerverkürzung bzw. von zunehmender Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich steigenden Überkapazitäten zu einer deutlichen Verschärfung des Wettbewerbs im Krankenhaussektor beigetragen (Vera/Warnebier 2006).

Derzeit ist der Wettbewerb der Krankenhäuser durch die staatliche Kapazitätsplanung und Investitionskostenfinanzierung sowie durch die Preisregulierung im Rahmen der DRGs eingeschränkt (Kuchinke/Kallfaß 2006). Dennoch bestehen erhebliche Spielräume der Krankenhäuser im Wettbewerb um die Patienten, die trotz gewisser sozialrechtlicher Restriktionen (§ 73 Abs. 4 S. 3 SGB V i. V. m. § 39 Abs. 2 SGB V), faktisch die Möglichkeit zur freien Krankenhauswahl haben (Bundeskartellamt 2005a). Da der Wettbewerbsparameter Preis im Rahmen des G-DRG-Systems bisher noch reguliert ist, konzentriert sich der Wettbewerb der Krankenhäuser um die Patienten dabei vor allem auf den Parameter Qualität, d. h. auf die Ergebnis-, aber auch auf die Struktur- und Prozessqualität der stationären Versorgung (Kuchinke 2005; Böge 2007). Dieser Aspekt des Wettbewerbs wird von einigen privaten Krankenhausträgern bzw. Klinikketten besonders betont. In durchaus plakativer Weise streben diese „Qualitätsführerschaft durch Qualitätsmanagement“ an (Heller et al. 2004; Eberlein-Gonska et al. 2006; Brechtel/Zöll 2006).

470. Die Zunahme von Wettbewerb im Krankenhaussektor führt zusammen mit der Tendenz zur Privatisierung und Kettenbildung bzw. Kooperation von Krankenhäusern u. a. auch dazu, dass das Kartell- und Wettbewerbsrecht einen immer deutlicheren Stellenwert im deutschen Kliniksektor einnimmt. Das gilt vor allem seit der Untersagung der Übernahme der beiden Krankenhäuser des Landkreises Rhön-Grabfeld durch die Rhön-Klinikum AG seitens des Bundeskartellamts im März 2005 sowie der Untersagung der Übernahme des Stadtkrankenhauses in Eisenhüttenstadt durch den Rhön-Konzern im selben Monat (Bundeskartellamt 2005a; 2005b). Mit diesen Entscheidungen hat das Bundeskartellamt erstmals in die unternehmerische Planung eines Krankenhausträgers eingegriffen und dabei unterstrichen, dass ihm die Aufgabe obliegt, die Entstehung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung auf den Krankenhausmärkten zu verhindern (Bohle 2006; Monopolkommission 2006). Im gleichen Jahr wurde weiterhin auch die Fusion zweier Krankenhäuser unter öffentlicher Trägerschaft, die des Universitätsklinikum Greifswald mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast, untersagt (Bundeskartellamt 2006). Im Juni 2007 hat das Kartellamt schließlich den Erwerb des in Hamburg gelegenen Krankenhauses Mariahilf durch die LBK Hamburg GmbH untersagt. Weitere Krankenhausfusionen werden vom Kartellamt derzeit überprüft.[151]

Im Zusammenhang mit den bisher erfolgten Untersagungen von Krankenhausfusionen durch das Bundeskartellamt wird vor allem die Anwendbarkeit des Wettbewerbsrechts (GWB) auf Krankenhäuer bzw. Krankenhausfusionen kontrovers diskutiert (vgl. (Bruckenberger et al. 2006). Insgesamt bejaht die Literatur dabei die grundsätzliche Anwendbarkeit des GWB – u. a. mit dem Verweis auf die Argumentation des Kartellamts, nachdem § 69 SGB V nicht die relevante wettbewerbliche Beziehung zwischen Krankenhaus und Patient betreffe (Sodan/Adam 2006; Bohle 2006; Quaas 2005; Middelschulte/Zumschlinge 2006). Neben der generellen Anwendbarkeit des Wettbewerbsrechts im Bereich der Krankenhausfusion ist auch die im Prüfungsverfahren des Kartellamts angewandte sachliche und räumliche Marktabgrenzung umstritten (Bohle 2006; Kuchinke/Kallfaß 2006). Eine Klärung der skizzierten Streitfragen ist im Verlauf des weiteren Gerichtsverfahrens im ‚Präzedenzfall‘ Rhön-Grabfeld zu erwarten. Dabei hat das OLG Düsseldorf in seinem erstinstanzlichen Urteil die Entscheidung des Kartellamts in diesem Fall bestätigt und klargestellt, dass Zusammenschlüsse von Krankenhäusern weder durch das Sozialgesetzbuch (§ 69 SBG V) noch durch das übrige Krankenhausrecht einer kartellrechtlichen Kontrolle entzogen sind (OLG Düsseldorf 2007).

471. Jenseits der rechtlichen Fragen zeigen empirische Studien, die die Effekte von Krankenhausfusionen auf dem amerikanischen Krankenhausmarkt untersuchen, dass Krankenhausfusionen mit deutlichen Preisanstiegen einhergehen können (Melnick/Keeler 2007).[152] Damit lie-

[151] Insgesamt hat das Bundeskartellamt bis Mitte 2007 über 70 Zusammenschlussvorhaben im Kliniksektor geprüft. In der Regel wurden die Fusionen freigegeben, da es weder zur Entstehung noch zur Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung gekommen ist (Böge 2007).

[152] Während die Studien, die Preisveränderungen von fusionierten mit denen von nicht fusionierten Krankenhäusern vergleichen (*event studies*), einen Preisanstieg von mindestens 10 % und maximal 40 % ausweisen, beträgt der im Rahmen von Simulationsstudien (*simulation studies*) errechnete Preiseffekt sogar bis zu 53 % (Vogt/Town 2006; Town et al. 2006). Die amerikanischen Studien über die Auswirkungen der Fusionen auf die Qualität der Krankenhausversorgung weisen bisher auf einen neutralen bzw. negativen Zusammenhang hin, sind jedoch in methodischer Hinsicht noch nicht ausgereift (Eckardt 2007).

fern sie ein starkes Argument für die generelle Zweckmäßigkeit der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor (s. Abschnitt 3.7.2; Seyfarth 2007).

Diese Zweckmäßigkeit gilt umso mehr, je größer die wettbewerblichen Gestaltungsspielräume im Krankenhaussektor sind – da eine marktbeherrschende Stellung z. B. eines Klinikträgers erst in einem solchen Kontext voll wirksam werden kann. Derzeit ist der Krankenhaussektor in Deutschland im Rahmen von Krankenhausfinanzierung und -planung stark reguliert und der Wettbewerb folglich eingeschränkt. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen, auch in diesem Sektor des Gesundheitswesens – beispielsweise durch die graduelle Einführung von Preiswettbewerb – zu einer stärker wettbewerblich orientierten Struktur zu gelangen, sollte bereits heute dafür Sorge getragen werden, dass hier keine marktbeherrschenden Stellungen auf Seite der Leistungserbringer entstehen. Diese könnten, wie u. a. die Evidenz aus dem US-amerikanischen Kontext zeigt, mittel- und langfristig dem Bemühen des Gesetzgebers um eine Effizienzsteigerung im Krankenhaussektor entgegenstehen. Aus diesem Grund ist eine konsequente Anwendung der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor zu befürworten.

4.2.3.3 Zukunft der Privatisierungstrends und des Wettbewerbs

472. Nach den Daten des Deutschen Krankenhausinstituts erzielten 2005 knapp die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser einen Jahresüberschuss, rund 33 % schrieben Verluste und knapp 17 % wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf (Blum et al. 2006). Die DKG geht davon aus, dass aktuell ca. die Hälfte aller Krankenhäuser rote Zahlen schreiben (Paech 2006).[153] Neben dem im GKV-WSG eingeführten ‚Sanierungsbeitrag' der Krankenhäuser zur finanziellen Entlastung der GKV tragen u. a. auch die Mehrwertsteuererhöhung und Effekte des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) zu einer weiteren Verschärfung der Situation der Krankenhäuser bei. Zusätzlicher Druck auf die Krankenhäuser entsteht auch durch das Ansteigen der Kappungsgrenze im Zuge der Konvergenzphase (s. o.), die 2005 in einigen Bundesländern noch mehr als die Hälfte der Krankenhäuser vor hohen Budgetverlusten geschützt hat (Bundestagsdrucksache 16/3991). Da die Erlössituation der Krankenhäuser von diesen nur in begrenztem Umfang beeinflusst wird, ist davon auszugehen, dass die betroffenen Häuser kurzfristig auf weitere Kürzungen auf der Kostenseite bzw. auf Privatisierung setzen (Schmidt 2006). Vor diesem Hintergrund überrascht es kaum, dass Schätzungen davon ausgehen, dass aktuell ca. 120 Krankenhäuser zum Verkauf stehen (Paech 2006).

[153] Auf die erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Häusern weist u. a. der Erste Krankenhaus Rating Report des RWI Essen hin. Dieser zeigt, dass private und freigemeinnützige Krankenhäuser, Krankenhäuser in Ostdeutschland, ländliche Häuser sowie Krankenhausketten bzw. größere Häuser ein signifikant besseres Rating aufweisen als Häuser, die keines bzw. nur einzelne dieser Merkmale erfüllen (Augurzky 2006).

In der Literatur besteht weitgehender Konsens darüber, dass der oben skizzierte Konsolidierungs- und Privatisierungskurs im Krankenhaussektor weiter voranschreiten wird, wenngleich das konkrete Ausmaß dieses Prozesses, das stark von den Veränderungen des ordnungspolitischen Rahmens abhängt, umstritten ist: Während das RWI Essen davon ausgeht, dass bis 2010 ca. 10 % der heutigen Krankenhäuser schließen werden und es zu diesem Zeitpunkt dann ebenso viele private wie öffentliche Häuser geben wird, prognostiziert die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young, dass bis 2020 25 % der Akutkrankenhäuser geschlossen werden müssen. Nach einer Studie der Unternehmensberatung McKinsey können etwa ein Drittel aller Krankenhäuser trotz intensiver Sanierungsanstrengungen, erfolgreicher Privatisierungen und einer deutlich verbesserten Wettbewerbsfähigkeit nicht dauerhaft kostendeckend arbeiten (Augurzky 2006; Jentsch 2005; McKinsey&Company 2006).

Ähnliche Prognosen existieren für die Universitätskliniken: Die jüngst befragten Entscheidungsträger im Bereich der Universitätskliniken gehen davon aus, dass 2015 nur noch die Hälfte der universitären Krankenversorgung in ausschließlich öffentlicher Trägerschaft erfolgen wird. Ungefähr 30 % der Patientenversorgung wird nach ihrer Einschätzung in Form von *Public Private Partnership (PPP)* Modellen, etwas mehr als 20 % in ausschließlich privater Trägerschaft organisiert werden (Richter et al. 2006).

473. Der verstärkte wirtschaftliche Druck sowie die steigenden Überkapazitäten und Qualitätsanforderungen (Straub/Beyerle 2006) werden, wie erste Erfahrungen in der Konvergenzphase bereits zeigen, einen *Benchmarking*- und Lernprozess zwischen den Krankenhäusern in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft und den privat getragenen Häusern in Gang setzen. Auch aufgrund der verstärkten Reformbemühungen und Anstrengungen seitens der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger ist nicht zu erwarten, dass die beobachtbare Zunahme privater Krankenhausträger zu einer vollständigen Privatisierung der deutschen Krankenhauslandschaft führen wird. Vielmehr legen die internationalen Erfahrungen, insbesondere die Entwicklung in den USA, den Schluss nahe, dass freigemeinnützige und öffentliche Kliniken auch weiterhin eine zentrale Rolle in der stationären Versorgung spielen werden und dass private Träger bzw. Klinikketten letztlich auch über begrenzte Expansionspotentiale verfügen (Ginzberg 1988; Seyfarth 2007). Jenseits des sich gerade in den letzten Jahren beschleunigenden Wandels der deutschen Krankenhauslandschaft ist die Trägerpluralität, die in § 1 Abs. 2 KHG ihre gesetzliche Verankerung findet, gesellschaftspolitisch wünschenswert und sollte daher bestehen bleiben.

474. Was passiert, wenn der private Träger eines Krankenhauses seinen Pflichten in der Krankenversorgung ökonomisch oder qualitätsmäßig nicht (mehr) nachkommt, oder wenn sich der private Krankenhausbetreiber, wie jüngst im baden-württembergischen Herbolzheim, zurückzieht (Niermann 2007)? In diesem Fall

können Plankrankenhäuser aus den Krankenhausplänen herausgenommen oder Versorgungsverträge mit Krankenhäusern gekündigt werden (§ 110 SGB V). Da die Versorgung der Bevölkerung aus faktischen und normativen Gründen nicht abgebrochen werden kann, sollte jeder Vertrag mit einem privaten Krankenhausträger ein Heimfallrecht beinhalten. Dieses sichert die erforderliche Krankenversorgung für den Fall schwerwiegender Verletzung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Trägergesellschaft oder ihres privaten Gesellschafters bzw. im Fall von deren Insolvenz. Das Heimfallrecht muss dabei auch Regelungen bezüglich des Ausgleichs von Investitionen des privaten Trägers (Neubau, Großgeräte etc.) beinhalten. Derzeit kann die Konstruktion der Heimfallrechte noch nicht als gesichert, geschweige denn als erprobt, gelten. Auch gibt es bisher keine diesbezügliche Finanzplanung. Für privatisierte Unikliniken fordert der Wissenschaftsrat Heimfallrechte, die an die Aufgabenerfüllung – sprich Krankenversorgung, aber sinngemäß auch Forschung und Lehre – gekoppelt sind (Wissenschaftsrat 2006).

4.3 Zukünftiger Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen

475. Wozu braucht man überhaupt Krankenhäuser? Der Sachverständigenrat wollte mit dieser Frage seinerzeit eine breite Diskussion anstoßen (GA 2003, Ziffer 926):

Eine Bestandsaufnahme der Krankenhausversorgung kann an folgenden Grundfunktionen des Krankenhauses im Rahmen eines Gesundheitssystems ansetzen, die am einzelnen Standort modular kombinierbar sind:

– Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung,

– elektive, d. h. nicht als Notfallbehandlung erbrachte und in der Regel zeitlich planbare, voll- bzw. teilstationäre Versorgung in Entsprechung zu den medizinischen Schwerpunkten und zum Leistungsprofil von Krankenhäusern, ergänzt durch vor- und nachstationäre Versorgung,

– Rehabilitation in Abstimmung mit dem Leistungsangebot von Rehabilitationseinrichtungen oder Überleitung in Rehabilitationseinrichtungen (heute Frührehabilitation),

– Überleitung in Pflegeeinrichtungen bzw. ambulante pflegerische Versorgung (Anm. zeitnah),

– Hospizversorgung zum Ausgleich eines unzureichenden Angebots für terminal Kranke außerhalb von Krankenhäusern,

– ambulante ärztliche Versorgung in Abstimmung mit der von kassenärztlichen Vereinigungen organisierten ambulanten Versorgung durch in einer eigenen Praxis niedergelassene Ärzte,

– Aus-, Weiter- und Fortbildung vor allem von Ärzten und Pflegepersonal und

– klinische Forschung, Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen und zukünftig vermehrt Versorgungsforschung.

Funktionsorientierte Analysen von Versorgungssektoren tragen zur Gestaltung von Versorgungsprozessen, zur Lösung von Schnittstellenproblemen und zur Erreichung des Ziels einer sektorübergreifenden, integrierten Versorgung bei.

Der Rat empfahl daher und empfiehlt weiterhin:

– funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für eine Krankenhaus-Rahmenplanung unter Berücksichtigung komplementärer Leistungsbereiche,

– Vereinbarung des Versorgungsauftrags von Krankenhäusern nach modular kombinierter Funktion und Versorgungskapazität auf der Basis der Rahmenplanung und

– Versorgungsforschung mit dem Ziel, Planungsprozesse zu unterstützen.

476. Krankenhausplanung als ein Ergebnis der Bedarfsermittlung im Vergleich zum Angebot wird u. a. benötigt,

– als bloße Basis für die Überwachung der Gewährleistung, wie auch immer die Versorgungsaufgabe delegiert sein mag,

– wenn der Staat (die Länder) selbst als Krankenhausträger handelt,

– wenn Steuermittel in Investitionsaufgaben fließen und

– wenn Sicherstellungszuschläge (§ 5 KHEntgG) erforderlich werden.

477. Dem Staat als dem Garanten der Gewährleistung der Krankenhausversorgung (s. Ziffer 403) dient Krankenhausplanung zumindest als Maßstab für das Monitoring der Versorgungsqualität bei den mit der Sicherstellung der Versorgung beauftragten Trägern, wenn er die Krankenhausversorgung nicht selbst wahrnimmt und deshalb auch im Detail plant. In einem marktwirtschaftlich orientierten System versuchen sowohl der Investor seine Gewinnaussichten vorauszusehen, als auch die Versichertengemeinschaft abzuschätzen, welche Belastungen auf sie zukommen. Leistungsanbieter, d. h. Heilberufe im weitesten Sinne, sowie Kassen, Arbeitgeber und Politiker, benötigen ebenfalls Daten für ihre Planung. Geht es doch auch um Aus-, Weiter- und Fortbildung im Krankenhaus, sowie um die Abschätzung der beruflichen Aussichten.

478. Was ist Krankenhausplanung? Auf der Basis empirischer Beobachtung und Bewertung der Vergangenheit wird der zukünftige Bedarf geschätzt und eine dafür angemessene Bedarfsdeckung geplant (GA 2000/2001, III.1). Das ist eine Mathematik der Ungenauigkeiten. Wenn Neubauer et al. (2007) von einem Zielkonflikt zwischen Wohnortnähe und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung sprechen, so ist das erheblich untertrieben. Besser passt das Bild der biochemischen Fließgleichgewichte in einem höchst komplexen System,

deren kaum überschaubare Komponenten alle direkt oder indirekt voneinander abhängen:

– Bedarf: Ist einzuteilen in subjektiv, objektiv, latent (GA 2000/2001, III.1);
– Angemessenheit: Effizienz, d. h. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeitsbeurteilung (IQWiG; G-BA) (s. Unterkapitel 5.1);
– Wohnortnähe: Kurze Wege bedingen Einschränkungen des Versorgungsangebots im Sinne einer geringeren Spezialisierung (s. Ziffer 491ff.);
– Kompetenzbündelung: Weite Wege führen zu Unbequemlichkeiten, Kosten und Risiken bei Notfällen. Aber Kompetenzbündelung und Zentralisierung bieten Qualitätsvorteile (GA 2003, II-6.3);
– Zukunft: Änderungen durch Fortschritt der Medizin und demographische Veränderungen (s. Ziffer 489);
– Ordnungsrahmen: Insbesondere das Finanzierungssystem (s. Abschnitt 4.3.2).

Diese und weitere Größen sind nicht genau berechenbar, sondern eher im Sinne eines Korridors abzuschätzen. Ferner spielen subjektive Wünsche und Interessen eine große Rolle und wirken sich als Lobbyismus aus. Es kann also kaum überraschen, dass Planung in einen politischen Kompromiss einmündet, d. h. in eine Entscheidung auf der Basis demokratischer Legitimation.

Rahmenplanung wird gegenwärtig von vielen Beteiligten als eine realistische Option gesehen. Deren Bedingungen und Grundsätze sind allerdings noch nicht näher konkretisiert worden. Bei der Auswahl sinnvoller Standorte und Fachgebiete sollte ärztlich/wissenschaftliche Expertise in die politische Entscheidung eingebunden werden. Angesichts der Komplexität der Krankenhausplanung empfiehlt sich ein vorsichtiges schrittweises Vorgehen unter sorgfältig wissenschaftlicher Bewertung der Entwicklung der Versorgung.

4.3.1 Von der Detailplanung zur Rahmenplanung

479. Die Krankenhausplanung der Länder wird zunehmend von den Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft überholt (Bruckenberger 2003; Kortevoß 2007; Neubauer 2003; Rüschmann et al. 2004; Stapf-Finé/Polei 2002). Während sich die Länder aus der Investitionskostenförderung weiter zurückziehen und so auch die Rechtfertigung für detaillierte Vorgaben an die Krankenhäuser verlieren, erlauben die Überschussmöglichkeiten des G-DRG-Systems und der anhaltende Privatisierungstrend den Krankenhäusern, eigenständige Investitionsvorhaben zu verwirklichen. Gleichzeitig trägt das selektive Kontrahieren im Rahmen der integrierten Versorgung dazu bei, dass verstärkt auf der Mikroebene zwischen Kostenträger und Leistungserbringer über die Bereitstellung und Finanzierung der Krankenhausleistungen verhandelt wird (s. Kapitel 3). Dieser Trend zu einer dezentralen Koordination zwischen den Leistungserbringern, Krankenkassen und der Nachfrage der Patienten ist politisch gewollt und Ausdruck eines gewandelten Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat weniger eine Erfüllungsverantwortung als vielmehr eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt (s. Ziffer 480). Was bei anderen klassischen Infrastrukturaufgaben, wie der Versorgung mit Wasser, Energie, Verkehrswegen oder der Telekommunikation, bereits umgesetzt wurde, soll nun auch in der Versorgung mit Krankenhausleistungen stärker betont werden. An die Stelle einer detaillierten Angebotsplanung und -finanzierung im Rahmen der Einzel- und Pauschalförderung durch die Länder tritt ein Regulierungsregime, dass den Krankenhäusern weitgehende Autonomie gestattet, aber gleichzeitig einen ordnungspolitischen Rahmen setzt, der die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen sicherstellt.

Exkurs: Der Gewährleistungsstaat

480. Das Konzept des Gewährleistungsstaates beschreibt ein gewandeltes Rollenverständnis des Staates. Der Staat stellt danach die Bereitstellung öffentlicher Güter sicher, ohne diese in jedem Fall selbst zu erstellen. Vielmehr wird die Bereitstellung auf private oder gemeinnützige Akteure übertragen, wobei auch Mischformen zwischen staatlicher, gemeinnütziger und privater Erstellung Alternativen darstellen (*Public Private Partnership*). Der Gewährleistungsstaat stellt in Analogie zur ‚unsichtbaren Hand' des Marktes Organisations-, Verfahrens- und Regelungsstrukturen bereit, mit dessen Hilfe die Handlungen nicht-staatlicher Akteure, die primär ihre eigenen Interessen verfolgen, zum Gemeinwohl beitragen sollen. Das Konzept des Gewährleistungsstaates ist daher nicht mit dem Begriff des ‚schlanken Staates' zu verwechseln, der eher einen weitgehenden Rückzug des Staates durch Deregulierung und Privatisierung beschreibt. Kern des Gewährleistungsstaates ist dagegen die Gewährleistungsverantwortung, die sich in Form einer Überwachungs- und Regulierungsverantwortung ausdrückt. (Schuppert 2004; Hermes 2005)

481. Die Krankenhausplanung ist Aufgabe der Bundesländer und wird in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen näher geregelt (§ 6 KHG). Damit verbleibt den Ländern ein großer Spielraum, die Krankenhausplanung auszugestalten. Mittlerweile sind einige Bundesländer nach eigenen Angaben zu einer Rahmenplanung übergegangen. So wurde in Hessen mit Inkrafttreten des ‚Hessischen Krankenhausgesetzes 2002' zu Beginn des Jahres 2003 beschlossen, dass das Land sich auf eine Rahmenplanung beschränkt und die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen auf die regionalen Krankenhauskonferenzen überträgt. Das Land erlässt dabei lediglich für die Notfallversorgung und für besondere überregionale Aufgaben verbindliche Strukturvorgaben. Für die Versorgungskonzepte der regionalen Krankenhauskonferenzen werden dagegen nur die Gestaltungsregeln festgelegt (Hessisches Sozialministerium 2003; DKG 2007a). In Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen wird ebenfalls die Planungstiefe der Krankenhauspläne reduziert, in dem auf eine Vorgabe von Planbettenzahlen weitestgehend verzichtet wird (DKG 2007a).

482. Auch in Zukunft wird sich die Krankenhausplanung der Länder eher graduell weiterentwickeln. Insofern

sollten die folgenden Ausführungen als eine Perspektive verstanden werden, an der sich die Länder orientieren können. Dabei werden vor allem Grundsätze beschrieben, von denen sich die konkreten Regelungen in den Landesgesetzen leiten lassen sollten. Folgende Prämissen liegen den Überlegungen zu Grunde:

– Das G-DRG-System wird nach dem Ablauf der Konvergenzphase als ein Festpreis- oder Höchstpreissystem mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert weitergeführt. Dadurch wird ein leistungsorientiertes Entgeltsystem in der stationären Versorgung umgesetzt, das den Krankenhäusern erlaubt, entsprechend der eigenen Kostenstruktur Überschüsse zu erzielen. (s. Ziffer 523ff.)

– Die duale Finanzierung der Investitionskosten wird zugunsten einer monistischen Finanzierung aufgegeben, was die Krankenhäuser in die Lage versetzt, autonom über ihre Investitionen zu entscheiden. (s. Ziffer 515ff.)

– Die integrierte Versorgung, und damit auch das selektive Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, entwickelt sich zu einem wesentlichen Bestandteil der Regelversorgung. (s. Kapitel 3)

Insbesondere die zweite Prämisse, monistische Investitionskostenfinanzierung, ist zentral für die folgende Argumentation, da bis heute die Krankenhausplanung der Länder primär die Grundlage für die Vergabe der Investitionskostenförderung ist.

483. Eine Versorgung mit Krankenhausleistungen, die gekennzeichnet ist durch eine weitgehende Autonomie der Krankenhäuser und eine verstärkte dezentrale Koordination auf der Mikroebene, bedarf eines gewandelten staatlichen Ordnungsrahmens. Die Krankenhausplanung durch die Bundesländer ist neben der Finanzierung der Krankenhausleistungen ein Teil dieses Ordnungsrahmens. Die Gewährleistungsverantwortung des Staates würde sich in Zukunft nicht mehr in einer Angebotsplanung sondern in einem Angebotsmonitoring niederschlagen. Das primäre Ziel des Angebotsmonitoring durch die Bundesländer müsste es sein, Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu vermeiden: Wo ein Angebot durch kommunale, freigemeinnützige oder private Krankenhausträger nicht zustande kommt, wäre es die Aufgabe der Länder, die Versorgung sicherzustellen. Dagegen ist es für die Krankenhausplanung der Länder nicht von Belang, ob in einer Region ein Überangebot an bestimmten Krankenhausleistungen existiert. Im Rahmen eines einheitlichen, leistungsorientierten Fallpauschalensystems, in dem auch die Investitionskostenbestandteile enthalten sind, ist es Teil des unternehmerischen Risikos eines Krankenhausträgers, ob sich sein Angebot in einer bestimmten Region selbst tragen kann. Die Versichertengemeinschaft wird durch eine eventuelle doppelte Vorhaltung einer stationären Infrastruktur nicht zusätzlich belastet, da der ‚Preis' für die Erbringung der Leistungen zumindest in einem Festpreissystem überall identisch ist. In einem Höchstpreissystem könnte das zusätzliche Angebot und die damit verbundene Konkurrenz gar zu einem Preisrückgang führen. Andererseits steigt mit der Anzahl der Anbieter von stationären Leistungen möglicherweise die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage. In diesem Fall wäre es jedoch die Aufgabe der Krankenkassen und der Ärztekammern, einer nicht medizinisch indizierten Ausweitung der Fallzahlen entgegenzuwirken.

Drei zentrale Elemente sollte eine Krankenhaus-Rahmenplanung umfassen (Abbildung 23):

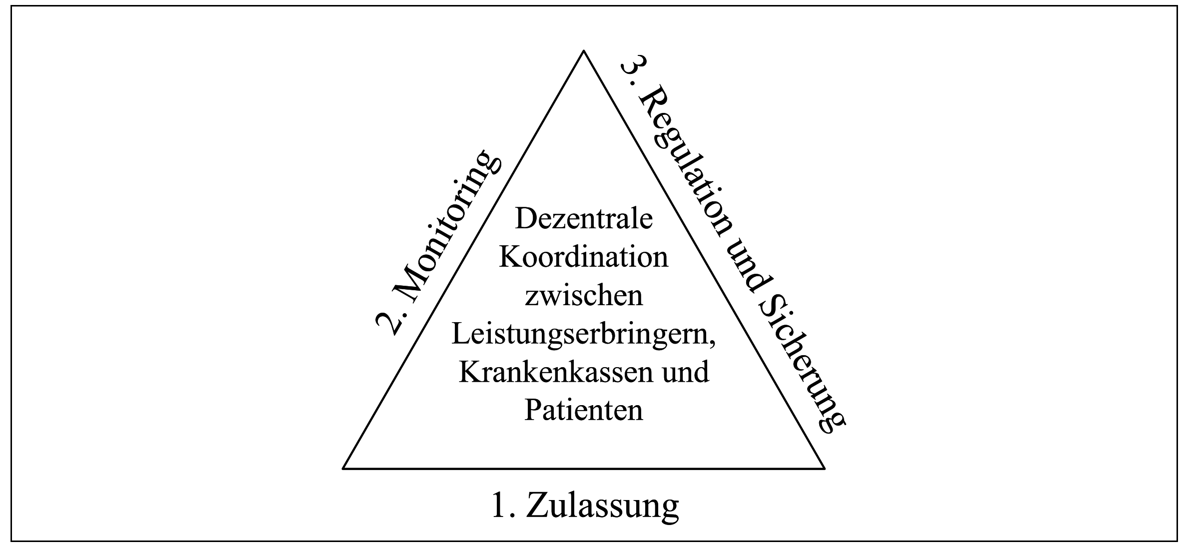
– die Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen,

– das Monitoring der Versorgungsstrukturen bezüglich der Kapazitäten, des Zugangs und der Qualität der erbrachten Leistungen und

– die Regulation und Sicherung der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Falle einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung.

Abbildung 23

Elemente einer Rahmenplanung durch die Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung

4.3.1.1 Zulassung

484. Bis heute ist die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes für den überwiegenden Teil der Krankenhäuser die Grundlage für ihre wirtschaftliche Sicherung. Bei der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan musste bisher unter anderem geprüft werden, ob das Krankenhaus zu einer bedarfsgerechten Versorgung beiträgt und zu sozial tragbaren Pflegesätzen tätig wird (Stollmann 2004). Diese Prüfung war notwendig, da in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser nach § 8 KHG auch einen Anspruch auf eine öffentliche Förderung erhalten und öffentliche Gelder nicht für die Förderung von unwirtschaftlichen oder nicht als bedarfsgerecht angesehenen Krankenhäusern verschwendet werden sollten. Andererseits wird durch die Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit der Markt für die Versorgung mit Krankenhausleistungen abgeschottet, da potentielle Anbieter zu den bereits etablierten Anbietern in Konkurrenz treten müssten. Den potentiellen Anbietern blieb daher nur der Weg, direkt einen Versorgungsvertrag mit der GKV abzuschließen, um an der Versorgung der Versicherten teilnehmen zu können. Einen Anspruch auf öffentliche Förderung ihrer Investitionskosten erhalten diese Krankenhäuser jedoch nicht.

485. In einem leistungsorientierten Fallpauschalensystem, in dem die Investitionskosten enthalten sind, bedarf es keiner Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit mehr (s. Ziffer 483). Daher sollte auch das Zulassungsverfahren für Krankenhäuser geändert werden, die an der Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnehmen wollen. Es wäre dann nur noch notwendig sicherzustellen, dass das Krankenhaus in der Lage ist, stationäre Leistungen mit ausreichender Qualität und insbesondere Sicherheit zu erbringen. Gleichzeitig kann die Zulassung an Vorgaben geknüpft werden, die dazu beitragen, dass die Länder auch in Zukunft einen gestalterischen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen ausüben können. In erster Linie dürften dies Offenlegungspflichten sein, um die Länder in die Lage zu versetzen, das Monitoring der Krankenhausversorgung auf ein valides Datenmaterial zu stützen. Mit § 21 KHEntgG ist bereits ein Schritt in diese Richtung unternommen worden, der durch landesrechtliche Vorgaben ergänzt werden könnte.

4.3.1.2 Monitoring

486. Eine Unterversorgung mit stationären Leistungen kann sich in drei Dimensionen ausdrücken: in zu knapp bemessenen Kapazitäten, in einer unzumutbaren Entfernung des Angebots vom Lebensschwerpunkt der Versicherten (Zugang) und in einer zu geringen Qualität der erbrachten Leistungen. Mit der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips und dem Übergang zu einer fallpauschalierten Vergütung stationärer Leistungen haben sich die ökonomischen Anreize für die Krankenhäuser grundlegend verändert. Wirtschaftlich wird ein Krankenhaus nun nicht mehr gesichert, indem es in den Krankenhausplan aufgenommen wird, sondern nur wenn es seine Leistungen effizient erstellt. Dazu muss ein Krankenhaus die Erlöse steigern oder die Kosten reduzieren. Die Erlöse lassen sich steigern, indem der Einzugsbereich eines Krankenhauses vergrößert wird, etwa indem es sich auf bestimmte stationäre Leistungen spezialisiert oder Kapazitäten in andere Häuser des Krankenhausträgers verlagert, die in einer Region mit hoher Bevölkerungsdichte liegen. Aufgrund dieser Anreize muss mit einer Zentralisierung der Krankenhausstruktur gerechnet werden, die den Zugang der Versicherten tendenziell erschwert. Zusätzlich wird die Zentralisierung von der Mindestmengenregel befördert. Die Kosten eines Krankenhauses lassen sich auf der anderen Seite senken, indem Strukturen und Prozesse so optimiert werden, dass die Bettenauslastung möglichst hoch, die Verweildauer der Patienten und der Input an Arbeitszeit sowie Sachleistungen möglichst gering sind. Diese Verdichtung der Leistungserstellung könnte in einigen Regionen dazu führen, dass die Kapazitäten zu stark abgebaut werden und die Qualität der erbrachten Leistungen nicht ausreichend ist. Eine zentrale Aufgabe der Bundesländer muss es daher sein, diese Entwicklungen in Zukunft zu beobachten.

Exkurs: Zentralisierung am Beispiel der Perinatalzentren

487. Das Phänomen der Zentralisierung ist in Deutschland zum Beispiel als Folge der Perinatalstudie bei den Perinatalzentren zu beobachten und findet allgemein Akzeptanz. Aber die positiven Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, die in bestimmten Grenzen durch eine Zentralisierung bedingt sind, werden durch die negativen Auswirkungen der Zugangsverschlechterung wieder aufgehoben; Zentralisierung und Zugang stehen in einem reziproken Verhältnis. Eine Zentralisierung kann so weit gehen, dass der Zugang der Bevölkerung zur entsprechenden Leistung verschlechtert wird und es dadurch zu einer partiellen Unterversorgung kommt (Petersen et al. 2003). Betrachtet man zum Beispiel die Daten zur Volume-Output Beziehung in der Geburtshilfe bei Niedrigrisiko-Geburten in Hessen, stellt man eine eindeutige Abnahme der neonatalen Mortalität in geburtshilflichen Abteilungen mit mehr als 1 000 und besonders mehr als 1 500 Geburten pro Jahr fest. Eine entsprechende Zentralisierung der geburtshilflichen Abteilungen würde aber gerade in Nordhessen unter Umständen auf das Problem stoßen, dass diese nicht mehr in angemessener Entfernung zum Wohnort der Schwangeren erreichbar wären (Heller et al. 2002).

Bestandsaufnahme und Prognose von Kapazitäten in der stationären Versorgung

488. Wie ermittelt man eine angemessene Krankenhauskapazität? Der Rat hat funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für die erforderliche Krankenhaus-Rahmenplanung beschrieben (GA 2003, II, Ziffer 950). Dabei ist die Beobachtung der Kapazitäten sowie des Zugangs zu stationären Leistungen komplementär: Während die Kapazitäten vor allem als Dichten ermittelt werden (z B. Betten pro 100 000 Einwohner), ist beim Zugang die Verteilung der Kapazitäten im Raum von Interesse, welcher dementsprechend in Entfernungs- oder Zeitangaben ausgedrückt wird (z. B. Entfernung zur nächsten *stroke unit)*. Ein mögliches Bettendefizit wird in erster Näherung angezeigt, wenn neu aufgenommene Pa-

tienten einen oder mehrere Tage nur provisorisch in Betten oder Liegen auf den Gängen eines Krankenhauses untergebracht werden. Mit Hilfe von Patientenbefragungen ließen sich solche Umstände kontrollieren. Auch die Wartezeiten für elektive Behandlungen und die Wiederaufnahmeraten mit gleicher Diagnose wegen zu früher Entlassung (DRG-Daten) können hier Hinweise geben. Eine Bettenauslastung von deutlich über 90 % zeigt darüber hinaus an, dass in dem betreffenden Krankenhaus offensichtlich mehr Betten als die Zahl der Planbetten benutzt werden. Der Rat empfiehlt, diese Daten in Zukunft sorgfältig mit den Methoden der Versorgungsforschung zu beobachten. Es darf der richtige Zeitpunkt für eine Gegensteuerung nicht verpasst werden, da die Gefahr besteht, dass die Bettenzahlen in Deutschland in einigen Regionen möglicherweise zu schnell oder zu weit absinken.

Exkurs: Fallzahlen und demographische Entwicklung

489. Im Rahmen der Debatte um die weitere Entwicklung der Fallzahlen sollte auch die demographische Entwicklung betrachtet werden. Bereits heute ist ca. die Hälfte der Krankenhauspatienten über 60 Jahre alt, ca. 12 % sind hochbetagt, d. h. über 80 Jahre alt (Rolland 2005). Stellt man in Rechnung, dass die Verweildauer dieser Patienten ebenfalls überdurchschnittlich hoch ist (www.gbe-bund.de), wird klar, dass vor dem Hintergrund einer demographischen Entwicklung, die einen deutlichen Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung prognostiziert, zukünftig ceteris paribus mit einem steigenden Bedarf an Krankenhausdienstleistungen zu rechnen ist (Schmidt/Möller 2007) (s. Kapitel 2). Aufgrund der voranschreitenden Ambulantisierung und des medizinisch-technologischen Fortschritts kann jedoch angenommen werden, dass die stationären Fallzahlen im Zuge der demographischen Entwicklung insgesamt nur leicht steigen werden (Strunk et al. 2006). Prognosen gehen von einer Zunahme der Fallzahl bis 2020 um 15 % (Albrecht et al. 2006) bzw. um 18 % aus (Augurzky 2007a). Da die Kombination aus der Verstetigung bzw. Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor allem jüngeren Patienten zu Gute kommen wird, dürfte der Anteil älterer Krankenhauspatienten deutlich steigen. Daher ist zukünftig mit einer Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere zu rechnen (Offermann/Müller 2006).

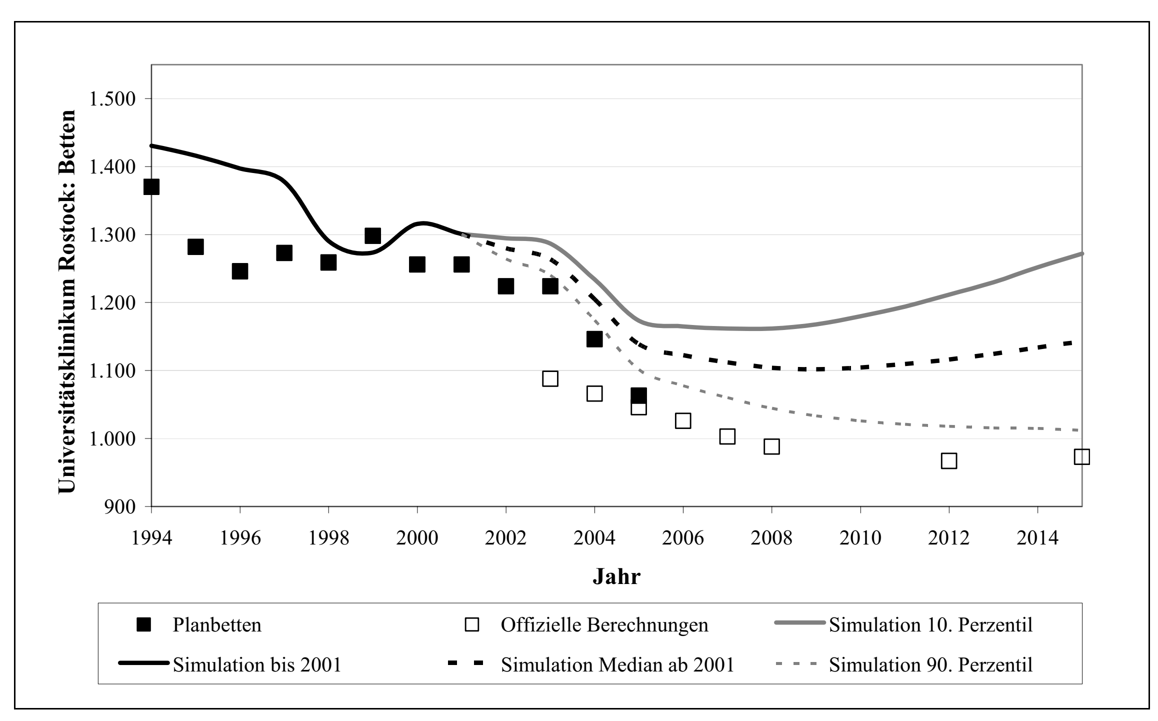
490. Da die Kapazitäten zur Erbringung von stationären Leistungen nicht kurzfristig geändert werden können, ist es notwendig, schon vorab Prognosen zur Entwicklung der Bevölkerungsdichte und der Morbidität zu erstellen. Die Methoden für solche Prognosen werden ständig weiterentwickelt und finden in unterschiedlichem Maße bereits heute Eingang in die Krankenhausplanung der Länder (DKG 2007a).

Schon früh wurde auf der Basis demographischer Prognosen der zukünftige Bettenbedarf in Deutschland geschätzt (Mansky et al. 1989). Als eine neue, vielversprechende Methode für die Krankenhausplanung gilt derzeit eine stochastische Bevölkerungsprognose auf der Basis von Simulationsrechnungen (Schnabel/Dahmen 2007). Angewendet wurde diese Methode beispielsweise bei einem Vergleich der demographischen Entwicklung des gesamten Landes Mecklenburg-Vorpommern mit dem Ballungsgebiet Rostock/Bad Doberan. Bis zum Jahr 2015 verliert Mecklenburg-Vorpommern voraussichtlich 17,2 % der Bevölkerung im Vergleich zum Jahr 2001. Dieser Rückgang wird jedoch in Rostock/Bad Doberan deutlich geringer ausfallen, was eine regionale Betrachtung der Krankenhauskapazitäten erforderlich werden lässt. Entsprechend fallen auch die offiziell prognostizierten Bettenzahlen der Landeskrankenhausplanung für das Ballungsgebiet Rostock/Bad Doberan geringer aus als die Berechnungen auf der Grundlage der stochastischen Bevölkerungsprognose (Abbildung 24).

Die Prognosen können auch auf der Ebene von Fachabteilungen erstellt werden, was die Planung der zukünftigen Struktur der Krankenhausversorgung weiter konkretisiert. Auf der Grundlage von Daten zur fachabteilungsbezogenen Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer der Jahre 1994 bis 2001 wurde für den Raum Rostock/Bad Doberan eine solche Prognose erstellt (Abbildung 25). Während der Bedarf an internistischen Betten geringfügig zunimmt, sind Rückgänge bei Kinder- und Frauenheilkunde sowie einigen kleineren Fächern zu erwarten. Dagegen bleiben Chirurgie und Psychiatrie beispielsweise weitestgehend konstant (Doblhammer-Reiter/Hoffmann 2007).

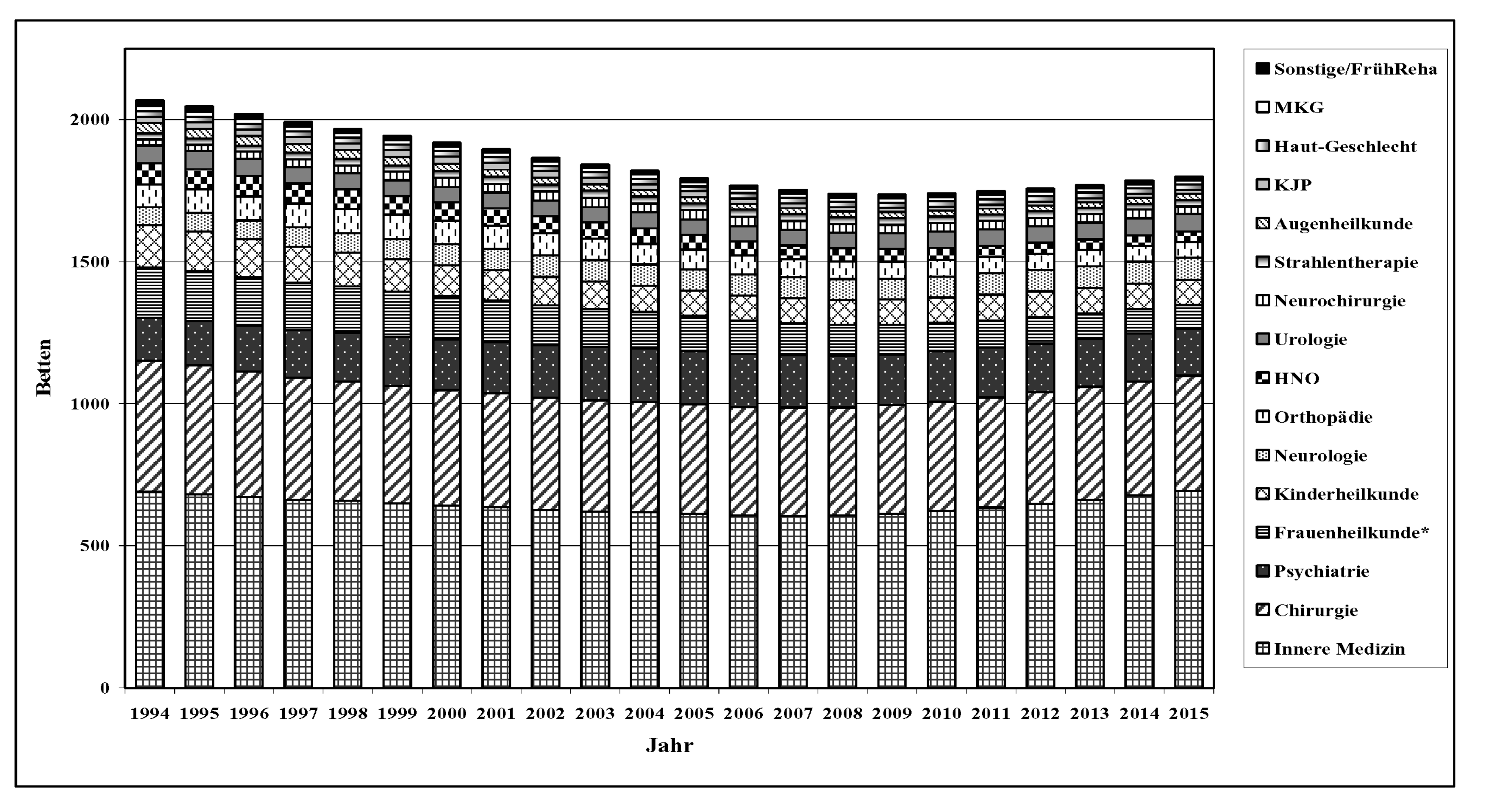
Abbildung 24

Bettenbedarfsprognose in Rostock/Bad Doberan



Quelle: Schnabel/Dahmen 2007

Abbildung 25



Betten nach Fachabteilungen für den Bereich Rostock/Bad Doberan: ab 2005 fortgeschrieben aus der Prognose der Bevölkerungsentwicklung. Diese Daten bilden die Grundlage zur Ermittlung der Betten des Universitätsklinikums (Prozent-Anteil auf Basis des Jahres 2005).

Quelle: Schnabel/Dahmen 2007

Der Zugang zu stationären Leistungen

491. Aus Sicht der Patienten stellt der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems eine der wichtigsten Anforderungen an die Versorgung dar. In einer vergleichenden Befragung von Patienten in sechs Ländern[154] gaben nur zwischen 23 % (Kanada) und 58 % (Neuseeland) der Befragten an, einen Arzttermin am gleichen Tag zu erhalten, für 11 % (Deutschland) bis 39 % (USA) war die Versorgung am Wochenende schwierig, und für 6 % (Deutschland) bis 41 % (Großbritannien) der Befragten war die Wartezeit auf Elektivoperationen länger als vier Wochen (Schoen et al. 2005). Das deutsche Gesundheitssystem schneidet insgesamt im Vergleich zu den anderen Ländern relativ gut ab, ist aber nicht frei von Problemen.

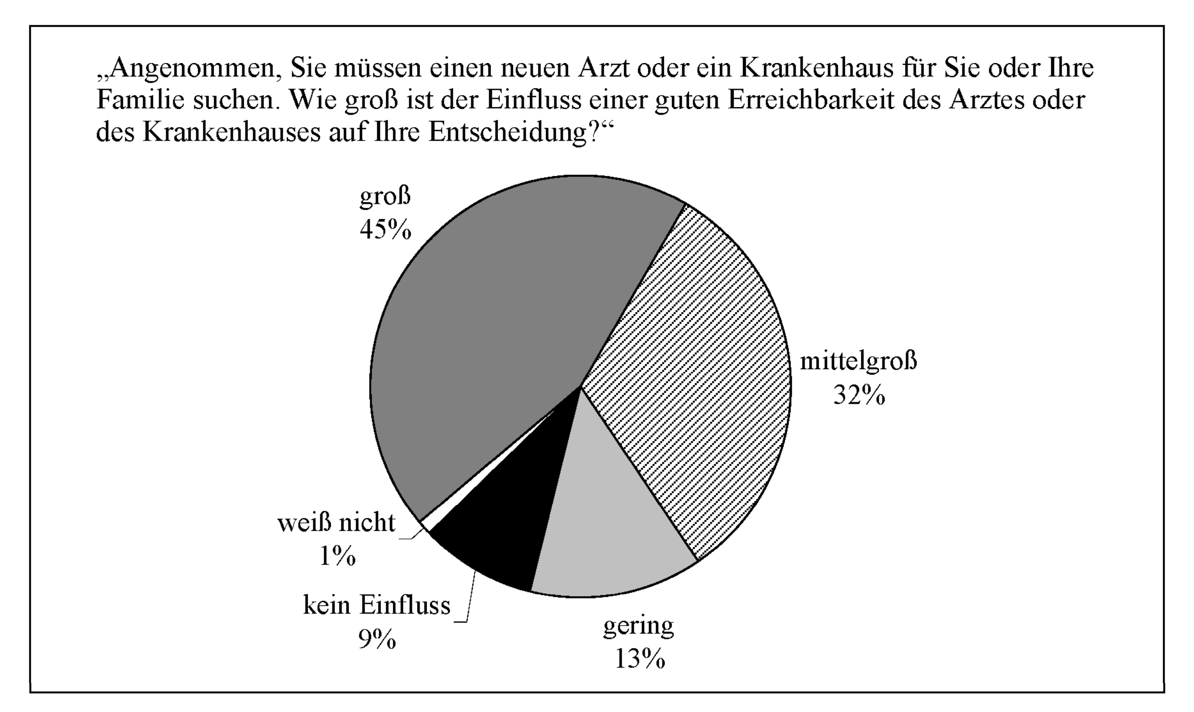
Auf die Frage, welche Rolle bei der Wahl eines neuen Arztes oder eines neuen Krankenhauses die Entfernung spielt, antworteten beispielsweise in einer amerikanischen Studie 44 % der befragten Personen eine „große" und 32 % eine „mittelgroße" Rolle (Abbildung 26).

[154] Die Umfragen wurden in Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland durchgeführt (Schoen et al. 2005).

492. Nicht nur für die Notfallversorgung – aber eben gerade auch für diese – ist der Zugang zu einer regionalen Krankenhausversorgung von großer Bedeutung. Spezialisierung der kleineren, vor allem ländlichen Krankenhäuser und Konzentration ihrer Kapazitäten führt zu einer Erweiterung des Einzugsbereiches solcher Häuser, wobei die Bevölkerung die entstehenden weiteren Wege akzeptieren muss. Die Versorgung von Patienten, die elektiv, d. h. zeitlich planbar und mit genau beschriebenem Auftrag in ein Krankenhaus aufgenommen werden, ist weniger empfindlich gegenüber der Zumutung etwas längerer Wegstrecken vom Wohnort bis zum Krankenhaus. Das gilt insbesondere, wenn es sich mehr oder weniger um eine einmalige Versorgung handelt. Chronisch kranke Patienten, die immer wieder krankenhauspflichtig werden, wie z. B. bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder bei chronischer Herzinsuffizienz, müssen dagegen möglichst wohnortnah versorgt werden. Das macht verständlich, dass kleinere, ländliche Krankenhäuser solange wie möglich erhalten werden. Letztere spielen auch für den Erhalt von Arbeitsplätzen, gerade in der Fläche, eine erhebliche Rolle. So sind in Deutschland 1,07 Mio. Beschäftigte in Krankenhäusern tätig, während die Automobilindustrie nur 0,77 Mio. Mitarbeiter aufweist (Statistisches Bundesamt 2006; VDA 2006).

Abbildung 26

Beurteilung der Entfernung eines Arztes oder Krankenhauses aus Sicht von Versicherten



Quelle: KFF et al. 2004

Exkurs: Portalklinikkonzept

493. In der Literatur wird für ländliche Regionen auch ein ‚Portalklinikkonzept' diskutiert (Neubauer et al. 2007). Bei diesem versorgt eine Schwerpunkt- und Spezialklinik via Telekommunikation die angeschlossenen ländlichen Portalkliniken bei Bedarf in Diagnostik und Therapie. Dies kann die Qualität der Versorgung in der Fläche verbessern und befreit von der Notwendigkeit, wenig benötigte Kapazitäten selbst vorzuhalten. Die Idee der dezentralen Fachkompetenz durch Telemedizin ist gerade auch in der Notfallversorgung unter Beachtung eventueller forensischer Probleme ausbaubar. Dafür bietet die telemedizinische Versorgung des akuten Schlaganfalles ein gutes Beispiel (Audebert et al. 2007). Das Dresdner Universitätsklinikum hat mit dem Telemedizin-Schlaganfallnetzwerk Ostsachsen diese Grundsätze verwirklicht und überdies mehrere Versorgungszentren realisiert sowie die Netzwerkbildung gefördert. Die Zielsetzungen dieses SOS-NETs sind

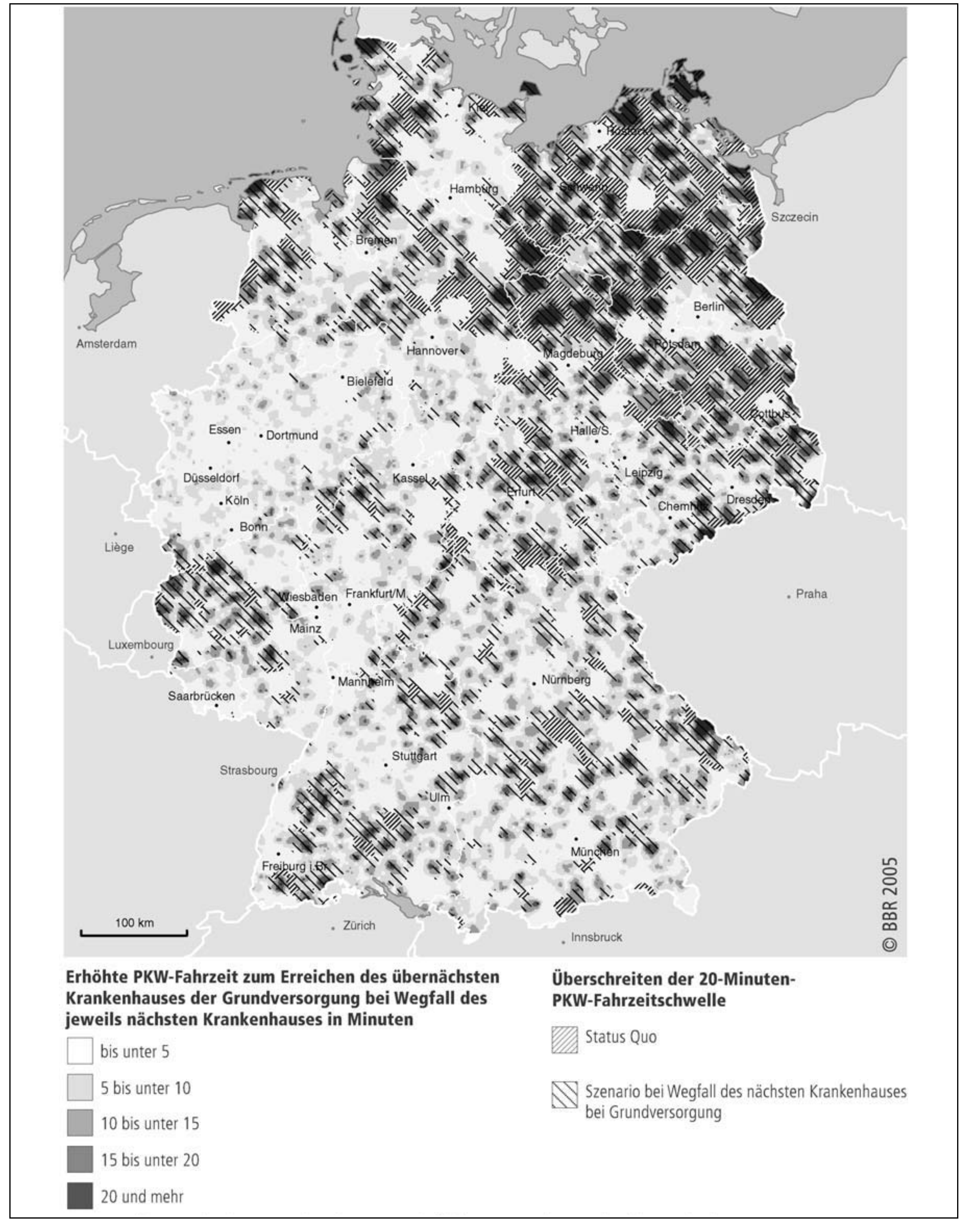
1. Thrombolyse mit rt-PA bei der akuten zerebralen Ischämie in peripheren Krankenhäusern Ostsachsens innerhalb des 3-Stunden-Fensters,
2. gleichzeitige konsiliarische Betreuung durch die Klinik für Neurologie der TU Dresden,
3. Etablierung eines Qualitätsstandards Schlaganfall,
4. Nutzung der (zertifizierten) Stroke-Unit/ITS der Klinik für Neurologie als universitäres Kompetenzzentrum und
5. Etablierung eines Netzwerkes zwischen Kompetenzzentrum und peripheren Krankenhäusern.

494. Der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, geht einher mit der Gefahr, dass Krankenhausträger einige ihrer Standorte schließen müssen. Aus diesem Grunde wird es für das Monitoring der Länder wichtig sein, die Folgen von Krankenhausschließungen für das Versorgungsgeschehen im Detail abzuschätzen. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass man im Umkreis von 50 km in Deutschland eine Spanne von weniger als drei bis mehr als fünf Betten pro 1 000 Einwohner findet (Spangenberg/Schürt 2006). Die Fahrzeit mit einem PKW zum nächsten Krankenhaus schwankt dabei zwischen weniger als 10 und mehr als 25 Minuten. Abbildung 27 zeigt, in welchen Regionen die Fahrzeit um mehr als 20 Minuten zunähme, wenn nur noch das übernächste Krankenhaus angefahren werden könnte.

Mit Hilfe von geographischen Informationssystemen lässt sich ebenfalls ermitteln, wie eine ideale Verteilung von Krankenhausstandorten aussehen müsste, damit beispielsweise eine maximale Entfernung von 20 Minuten PKW-Fahrtzeit zum nächsten Krankenhaus für alle Versicherten gegeben wäre (Abbildung 28). Solche Überlegungen dienen jedoch in erster Linie als Bewertungsgrundlage, wenn staatliche Gewährsträger oder Vergabeverantwortliche für die Sicherstellungsaufträge in die Lage versetzt werden sollen, existierende und erwartbare Ungleichheit der Versorgung der Bevölkerung mit zum Beispiel Notfallmedizin feststellen zu können. Die Versorgungsforschung kann hier einen wertvollen Beitrag leisten. So wurde bereits ein Konzept für einen Soll/Ist-Vergleich der Krankenhausversorgung entwickelt (Kortevoß 2007). Im Rahmen dessen werden Angebotsprofile dargestellt, um die Versorgungssituation einer bestimmten Region zu beschreiben und eine Ausgangsbasis für den Aufbau eines kontinuierlichen Berichtinstrumentes über den Status der Krankenhausversorgung zu gewinnen. Daten über die Krankenhausversorgung (§ 21 KHEntgG), die Bevölkerungsverteilung sowie Rahmenbedingungen wie Mindestmengenvorgaben und notfallmedizinische Leitlinien fließen in ein geographisches Informationssystem ein, welches die Darstellung von Erreichbarkeiten und Bedarfsprognosen erlaubt.

Abbildung 27

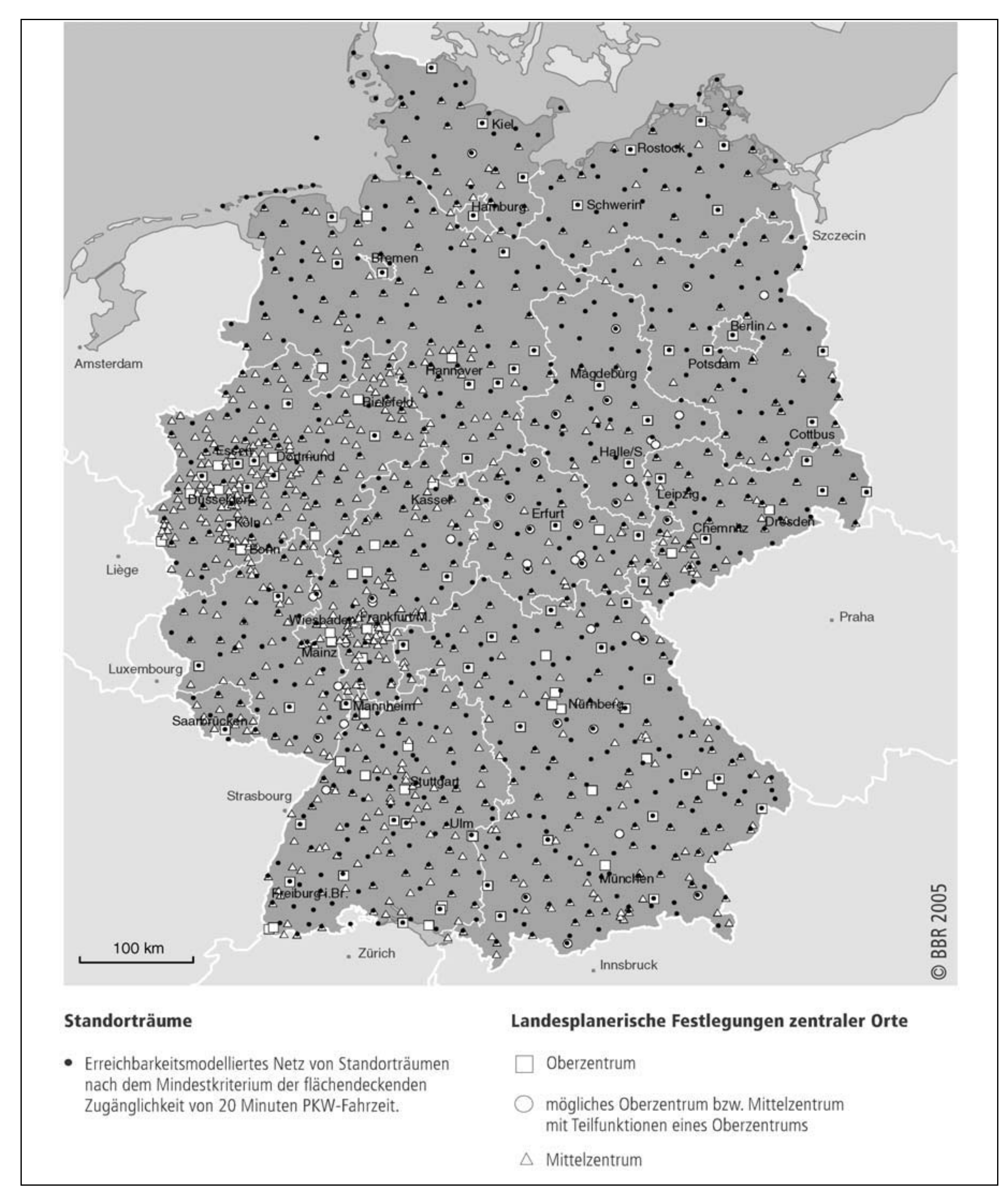
Szenario: Wegfall des nächsten Krankenhausstandortes der Grundversorgung



Quelle: Spangenberg/Schürt 2006

Abbildung 28

Erreichbarkeitsmodellierte Standorträume



Quelle: Spangenberg/Schürt 2006

495. Die Formulierung eines speziellen Indikators ‚Zugang zu Gesundheitsleistungen' könnte in Zukunft als Element der Krankenhausplanung von den Ländern und den regionalen Krankenhaus-Konferenzen zusammen mit dem Mindestmengenindikator verwendet werden. Die Auswahl der Indikationen und die Definition der Richtwerte wäre eine Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V. Solch ein Indikator könnte einen rationalen Einstieg in die Diskussion um den Bedarf der von Krankenhäusern angebotenen Gesundheitsleistungen darstellen.

496. Ein Indikator ‚Zugang zu Gesundheitsleistungen' ist ein Qualitätsindikator, der auf der Systemebene bzw. *area level* anzuwenden ist (Davies et al. 2001). Der Indikator hat eine geographische, eine soziale, eine Angebots- und eine Patientendimension (NHS Executive 1998). Die geographische Dimension bezieht sich auf die Erreichbarkeit der Versorgung durch die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort. Nicht immer haben ländliche Gebiete eine schlechtere Versorgung als städtische Regionen (Reschovsky/Staiti 2005). Ein schlechter Zugang gerade für vulnerable Gruppen kann Ursache für eine inadäquate Nutzung von Krankenhäusern sein (Gusmano et al. 2006). Der Zugang für nicht versicherte Personen ist besonders in den USA kritisch (Ayanian et al. 2000). Gerade in England ist das *queuing* durch Verknappung auf der Angebotsseite ein beherrschendes Thema (Murray 2000). Patienten mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen können Behandlungsangebote wegen bestehender Barrieren nicht erreichen (NHS Executive 1998).

497. International werden Zugangsindikatoren häufig verwendet. Im National Framework des NHS steht er an erster Stelle (NHS Executive 1998). In den USA ist der Zugangsindikator Bestandteil des Healthcare Cost and Utilization Programm II (HCUP II) der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Davies et al. 2001). Das National Committee for Quality Assurance macht den Zugangsindikator zum Bestandteil des Akkreditierungsprogramms für Managed Care-Organisationen (Sennett 1997). Im LORAS-Projekt der Schweiz wird der Indikator ‚Wartezeit bei Elektivoperationen' zwar auf Provider-Level, jedoch als zentrales Output-Kriterium verwendet (Schwappach et al. 2003). In Studien z. B. zur Auswirkung von Qualitätsberichten auf die Versorgung durch *low-* oder *high-mortality hospitals* wird die Entfernung zum nächsten Krankenhaus zur Risikoadjustierung verwendet (Erickson et al. 2000). In dieser Studie wird der Zugangsindikator ab einer Entfernung von 25 Meilen wichtiger als die anderen Indikatoren wie Versicherungsstatus, Informiertheit über Qualität etc.

498. Ein Indikator ‚Zugang zu Gesundheitsleistungen', der in Deutschland ergänzend zum Mindestmengen-Indikator zur Krankenhaus-Rahmenplanung verwendet wird, sollte folgenden Anforderungen genügen:

- Er wird in erster Linie in seiner geographischen Dimension (Entfernung) verwendet, wobei die Entfernung vom Wohnort bis zum Behandlungsort einer Fahrtzeit entspricht, welche die lokalen Verkehrsgegebenheiten berücksichtigen muss.
- Notfall- und Elektivindikationen werden unterschieden, weiterhin akute (z. B. Herzinfarkt) und chronische Erkrankungen (z. B. chronische Herzinsuffizienz).
- Der Indikator ‚Zugang' wird stellvertretend für einzelne Erkrankungen und Eingriffe (*tracer*) dargestellt:
  - Notfallmedizin (Intensivstation)
  - Geburtshilfe (Normalrisiko-Geburten)
  - Viszeralchirurgie (Grundversorgung)
  - Ambulant erworbene Pneumonie
  - Chronische Herzinsuffizienz
  - Vorhaltung einer 24h-Katheter-Bereitschaft zur Versorgung eines akuten Myokardinfarkts
  - Onkologisches Zentrum (ohne Strahlentherapie)
  - Knochenmarkstransplantation
- Der Indikator soll Gegebenheiten der Strukturpolitik berücksichtigen – z. B. regionale Zentren zur Kompetenzbündelung und
- Konkurrenz zulassen, etwa indem die Entfernung zu einem zweiten Behandlungsort berücksichtigt wird, sodass keine Monopole entstehen.

Qualitätssicherung

499. Auf das Indikatorenkonzept wird in Unterkapitel 5.2 ‚Patientensicherheits-Indikatoren' (PSI) grundlegend eingegangen. Patientensicherheits-Indikatoren sind als spezielle Ausprägung von Qualitätsindikatoren zu verstehen.

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren steht international und in Deutschland mit der Einführung von pauschalierten Vergütungssystemen in Zusammenhang. Die zunächst auf die Vermeidung von Qualitätseinbußen durch die schrittweise Einführung von Fallpauschalen seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 gerichtete Qualitätssicherung wird durch wettbewerblich orientierte Elemente des Qualitätsmanagements ergänzt, indem im Rahmen zahlreicher Verträge zur integrierten Versorgung Qualitätsanforderungen zu expliziten Vertragsbestandteilen wurden. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 2. Februar 2007 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch weitergehender als bislang die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung übertragen worden, da diese jetzt nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V auch in den Bereich der Richtlinienzuständigkeit des G-BA fällt. Diese Richtlinien „sind sektorenübergreifend zu erlassen" (GKV-WSG § 137 Abs. 2 SGB V).

500. In Deutschland war es bislang Aufgabe der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), Indikatoren zu entwickeln und an die Krankenhäuser zu berichten sowie diese anonymisiert zu veröffentlichen. Im GKV-WSG ist es nun in § 137a SGB V der vom G-BA zu beauftragenden ‚fachlich unabhängigen Institution' aufgegeben, „für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln" (§ 137a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1

SGB V). Es ist zu erwarten, dass mit diesem gesetzlichen Auftrag in Deutschland die Entwicklung und Validierung von Indikatoren stark gefördert wird. Diese sollen „in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form“ veröffentlicht werden (ebd. Satz 1 Nr. 4).

Seit dem Jahr 2005 ist die Herausgabe von Qualitätsberichten in zweijährigen Abständen gemäß § 137 SGB V für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verpflichtend. Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hat Inhalt und Umfang der Berichte festgelegt, allerdings beziehen sich die Berichte bisher überwiegend auf Daten der Strukturqualität. Die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen haben den Auftrag, die Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen. Die Indikatoren im Qualitätsbericht für 2007 sind vor kurzem durch den G-BA konsentiert worden (DKG 2007c). Bereits Ende 2005 berichteten 28,6 % der deutschen Krankenhäuser freiwillig im Qualitätsbericht Daten zur Indikations-, Prozess- oder Ergebnisqualität, 73,4 % aller Kennzahlen waren BQS-Kennzahlen (Döbler et al. 2007). Es gibt in Deutschland insgesamt sehr wenige Qualitätsindikatoren-Sets, die auch Aspekte der Patientensicherheit enthalten (s. Ziffer 644ff.). Es ist Aufgabe der ‚fachlich unabhängigen Institution‘, solche Sets zu entwickeln und dabei auf internationale Vorschläge zurückzugreifen (Davies 2004).

501. Die meisten Qualitätsindikatoren in Deutschland weisen eine institutionelle, auf die Leistungserbringer (insbesondere Krankenhäuser) gerichtete Perspektive auf. Eine andere, für die Diskussion der Qualität der Krankenhausversorgung unter dem gegenwärtigen Strukturwandel besonders wichtige Gruppe von Qualitätsindikatoren sind ‚*area*-Indikatoren‘, die nicht eine Institution, sondern die Gesamtversorgung in einer Region beschreiben. Dabei wird meist eine transsektorale Perspektive eingenommen. Beispiele sind in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14

Beispiele für *area*-Indikatoren aus den HCUP-Indikatoren und den AHRQ Patientensicherheits-Indikatoren (PSI)

Gruppe	Bezeichnung
Nutzung/Inanspruchnahme	Coronary Artery Bypass Graft (CABG) area rate
	Hysterectomy area rate
	Laminectomy and/or spinal fusion area rate
	PTCA area rate
Einweisung/Aufnahme Krankenhaus	Dehydration
	Bacterial Pneumonia
	Urinary tract infection
	Perforated appendix
	Angina pectoris admission
	Adult asthma
	COPD
	Chronic Heart Failure
	Diabetes short term complication
	Uncontrolled diabetes
	Diabetes long-term complications
	Hypertension
	Lower extremity amputation in diabetics
	Low birth weight
	Pediatric asthma
	Pediatric gastroenteritis
PSI	Foreign body left in during procedure
	Iatrogenic pneumothorax
	Infection due to medical care
	Technical difficulty with medical care
	Transfusion reaction
	Postoperative wound dehiscence

Quelle: Davies et al. 2001; McDonald et al. 2002; AHRQ 2007

Die *area*-Indikatoren können in drei Gruppen eingeteilt werden, die die Inanspruchnahme von Leistungen (*utilization*), die Einweisungsrate ins Krankenhaus und die PSI betreffen. Besonders geeignet sind Indikatoren, welche die Qualität der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektor gut beschreiben, wie die Einweisungsrate von Asthma-Patienten oder die Einweisung von Patienten mit bakterieller Pneumokokken-Pneumonie bei nicht flächendeckend durchgeführten Impfungen. Viele dieser Indikatoren sind vor dem Hintergrund einer Managed Care-Versorgung zu interpretieren, die sich besonders auf die Behebung von Qualitätsmängeln in der präventiven Medizin konzentriert. Indikatoren, die sich ausschließlich auf das Krankenhaus beziehen (z. B. Pneumothorax) erscheinen weniger geeignet, sinnvolle Aussagen über die Versorgung einer Region zu machen, insbesondere wenn der ambulante Bereich zunehmend leistungsfähiger wird.

4.3.1.3 Regulation und Sicherung

502. Die Instrumente, mit denen die Länder in Zukunft die Gewährleistungsverantwortung wahrnehmen, werden sich ändern müssen. An die Stelle einer breiten finanziellen Förderung der Krankenhäuser durch die duale Krankenhausfinanzierung treten punktuelle Interventionen, die einer durch das Angebotsmonitoring festgestellten oder drohenden Unterversorgung entgegenwirken sollen. Zur Sicherung der stationären Versorgung bieten sich folgende Instrumente an:

– eine Landesgesundheitskonferenz als Diskussionsplattform zwischen Land, Krankenhäuser, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Patientenvertretern;

– Sicherstellungszuschläge an Krankenhäuser nach § 17b Abs. 1 KHG;

– ein Eigenbetrieb bzw. eine Defizitfinanzierung von Krankenhäusern durch das Land oder die Kommunen, wo ein Angebot freigemeinnütziger bzw. privater Träger nicht zustande kommt;

– Sanktionen gegen Krankenhäuser bzw. deren Träger, die die Qualitätsstandards und wesentliche Punkte der Krankenhaus-Rahmenplanung nicht einhalten.

503. Auf der ersten Ebene der Sicherung steht der Dialog zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen und dem Land. Schon heute dienen Landesgesundheitskonferenzen dazu, die Krankenhausplanung der Länder zu unterstützen. Trotz oder gerade wegen einer zunehmend dezentralen Koordination im stationären Sektor werden diese Diskussionsplattformen auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen. Sie bieten den Ländern die Möglichkeit, den Akteuren im Gesundheitswesen ihre Vorstellungen und Ziele einer bedarfsgerechten Versorgung mit Krankenhausleistungen darzulegen. Die Länder können somit frühzeitig auf eine drohende Unterversorgung von bestimmten Leistungen hinweisen und die Leistungserbringer auffordern, dem entgegenzusteuern. Die Daten, die von den Ländern im Zuge des Angebotsmonitoring erhoben werden, dürften auch für die Krankenhausträger von großem Interesse sein, da sie damit ihre Leistungsplanung abstimmen und ihre wirtschaftliche Situation verbessern können. So stellt beispielsweise das zuständige Ministerium in Niedersachsen Datenmaterial über die Bevölkerungsentwicklung und Krankenhausstruktur zusammen und veröffentlicht diese im Rahmen der Initiative ‚Selbststeuerung durch Transparenz' (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2003).

504. Mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Einführung eines pauschalisierten Entgeltsystems bei einem einheitlichen Landesbasisfallwert oder gar einem Bundesbasisfallwert wird es Krankenhäusern in einigen Regionen zunehmend schwerfallen, eine Bettenauslastung zu erreichen, die eine effiziente Leistungserstellung ermöglicht (Fleßa 2005; Neubauer et al. 2007). Für den Fall, dass es zu einer Unterversorgung der Bevölkerung kommt, wenn ein Krankenhaus schließen bzw. das Leistungsangebot einschränken muss, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, Sicherstellungszuschläge an dieses Krankenhaus zu zahlen (§ 17b Abs. 1 KHG). Danach sollen auf Bundesebene einheitliche Empfehlungen von den zuständigen Selbstverwaltungspartnern vereinbart werden, wobei auf Landesebene ergänzende oder abweichende Regelungen getroffen werden können. Krankenkassen und Krankenhäuser sollen bei ihren Vertragsverhandlungen prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen vorliegen und deren Höhe gemeinsam vereinbaren. Dabei ist auch zu prüfen, ob eventuell andere Krankenhäuser in der näheren Umgebung die Versorgung der Bevölkerung alternativ sicherstellen können. Kommen die Vertragspartner zu keiner Einigung, kann das Land entscheiden, ob ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden muss. Die Höhe des Sicherstellungszuschlags bleibt jedoch Verhandlungssache und wird von einer Schiedsstelle entschieden, falls die Vertragspartner darüber keine Lösung finden (Tuschen/Trefz 2004).

Es bleibt abzuwarten, ob diese Konstruktion des Sicherstellungszuschlags nicht zu einer Renaissance des Selbstkostendeckungsprinzips führt. Die Länder könnten durch eigene Vorgaben die Bedingungen, unter denen ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden muss, eventuell so beeinflussen, dass die Krankenkassen die Regionalpolitik der Länder mitfinanzieren. Auch wenn eine unsachgemäße politische Einflussnahme auf die Pflegesatzverhandlungen durch die Transparenz des G-DRG-System in Zukunft erschwert wird (Tuschen/Trefz 2004), wäre es ordnungspolitisch sinnvoller, lediglich die Sicherstellungszuschläge von den Krankenkassen finanzieren zu lassen, die auf einer bundesweiten Empfehlung basieren. Darüber hinausgehende Vorstellungen der Länder sollten auch von den Ländern z. B. durch eine Defizitfinanzierung bezahlt werden.

505. Trotz Sicherstellungszuschlägen ist es möglich, dass ein Angebot an bestimmten stationären Leistungen Gefahr laufen kann, aufgegeben zu werden oder gar nicht erst zustande zu kommen. Dem Land verbleibt dann nur noch der Weg, die Defizite der von der Schließung be-

drohten Einrichtung zu übernehmen oder die Leistungen selbst bzw. durch die Kommunen zu erbringen. Dies ist bereits heute gängige Praxis und wird insbesondere von den privaten Krankenhausträgern massiv als Wettbewerbsverzerrung kritisiert (BDPK 2005). Eine öffentliche Defizitfinanzierung von Krankenhäusern ist allerdings zulässig, wenn das Krankenhaus mit der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen betraut ist, und diese Verpflichtungen klar definiert sind (Europäische Kommission 2005). Auf der Basis eines Krankenhaus-Rahmenplans, der beispielsweise auch Zugangsindikatoren umfasst, können die Länder diese gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen aufzeigen und eine Defizitfinanzierung zur Vorhaltung bestimmter Leistungen begründen. Doch muss auch hier, wie bei der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen, in jedem Fall geprüft werden, ob ein alternativer Anbieter die Leistungen ohne eine öffentliche Förderung erbringen könnte. Ist dies nicht der Fall, sollte die Defizitfinanzierung angemessen schnell bewilligt werden.

506. Die öffentliche Investitionskostenförderung im Rahmen der dualen Finanzierung hat dazu beigetragen, dass die Empfänger der Fördermittel den Vorgaben der Krankenhausplanung der Länder folgten. Die Länder konnten so unmittelbar einen Einfluss auf die Krankenhauslandschaft nehmen. Mit dem Übergang zu einer monistischen Finanzierung würde dieser Einfluss schwinden und die Krankenhausträger müssten sich mehr oder weniger freiwillig nach den Empfehlungen des Krankenhaus-Rahmenplans richten. Auch wenn eine erhöhte Autonomie der Krankenhäuser erwünscht ist, muss doch gleichzeitig für eventuelle Konfliktfälle Vorsorge getroffen werden. Die Länder sollten daher über ausreichend Sanktionsmöglichkeiten verfügen, um zentrale Elemente des Krankenhaus-Rahmenplans, insbesondere in der Notfallversorgung, durchsetzen zu können. Die Sanktionen könnten von einfachen Bußgeldern bis hin zum Entzug der Zulassung bzw. der Ausübung des Heimfallrechts reichen, wenn fundamentale Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben wiederholt missachtet werden.

Exkurs: Anforderungen an das Rettungswesen und die Notfallversorgung

507. Das Rettungswesen und die Notfallversorgung werden auch in Zukunft zentral koordiniert werden müssen. Sie sind für die Planung von Krankenhausnähe und -ausstattung, Qualifizierung und Quantität von Personal und für die Zufriedenheit der Bevölkerung von erstrangiger Bedeutung. So gibt es immer wieder Berichte in der Presse und anderen Medien über tatsächlich oder vermeintlich beunruhigende Mängel an der Qualität der Notfallversorgung oder über Organisationsfehler (z. B. Süddeutsche Zeitung, 8.3.2007: Nachblutung nach Tonsillektomie). Daher muss die Gewährung einer adäquaten Notfallversorgung ein zentraler Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Länder sein.

Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2003 Band II, Kap. 6.4 ausführlich zum Rettungswesen Stellung genommen (Lackner 2003) und die Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung im Rahmen der ‚Rettungskette‘ als eine der zentralen Krankenhausfunktionen angeführt, die er für modular zusammensetzbar hält (GA 2003, Ziffer 925ff.). Seither gibt es einige positive Veränderungen. Insgesamt wurde aber den Empfehlungen des Rats bisher nur vereinzelt nachgekommen. Zusätzlich gibt es neue Sorgen über eine mögliche Ausdünnung der Dichte der Notfallversorgung durch den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser und die hieraus resultierenden Gefahren für einzelne Patienten und bei Großschadensereignissen. Hinzu kommen die absehbare Ausdünnung der hausärztlichen Versorgung in ungünstigen Regionen mit nachfolgendem Ausweichen vom Bereitschaftsdienst auf Notärzte und Notaufnahmen, die Reduktion von Bundeswehrkrankenhäusern und die konsekutive Reduktion von nachtflugfähigen Helikoptern (INM 2007).

508. Hinsichtlich der Zuordnung bleibt es unverändert dabei, dass lebensbedrohliche Fälle vom Notarzt zu versorgen sind, während nicht lebensbedrohliche, aber zeitkritische Fälle eine Aufgabe für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst darstellen. Aus heutiger Sicht stellt sich die Frage, ob diese Arbeitsteilung ausreichend funktioniert. Um diese Frage zu beantworten, benötigt man einerseits Information über Patientenbeschwerden (Versorgungsforschung) oder Patientenbefragungen (Blumenstock/Selbmann 2006; Steffen et al. 2007). Hilfreich sind auch Angaben über Notarzt-Fehleinsätze, wie diese in Abb. 37 (GA 2003, Ziffer 874) nach NACA-Score 1-7 klassifiziert wurden. Seinerzeit war etwa die Hälfte der Fälle als lebensbedrohlich klassifiziert worden, während insgesamt über 80 % als krankenhauspflichtig galten. Es ist allerdings anzunehmen, dass die statistischen Aussagen zur Anzahl der indizierten bzw. nicht indizierten Notarzteinsätze nach dem NACA Score nicht korrekt sind. So besteht die Gefahr, dass die Bewertung des Einsatzes durch den Notarzt selbst unterschätzend vorgenommen wird (Schlechtriemen et al. 2005). Wenn der Notarzt die Situation unter Kontrolle hat, wurde die Bedrohung des Patienten regelmäßig unterbewertet. So wird z. B. der Infarkt bei einer Gesamtletalität von 45 % prä- und innerklinisch zusammengezählt (z. B. MONICA Daten Augsburg, Wichmann/Döring 2005), in über 50 % der Einsätze nur mit NACA IV statt mit NACA V (=Lebensgefahr) eingestuft. In Ulm wird alternativ die nachträgliche Berechnung der Indikation aus der Einsatzdokumentation vorgenommen – gemäß dem Notarzt-Indikationskatalog der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2006). Dabei stellte sich heraus, dass statt ca. 50 % indizierte Einsätze nach NACA nunmehr 70 % indizierte Einsätze nach Indikationskatalog (ex post) auftraten. Damit werden die negativen Aussagen zur unnötigen Disposition von Notarzteinsätzen nachdrücklich relativiert. Für die restlichen 30 % ex post als nicht indiziert zu bewertenden Einsätze kann man geltend machen, dass der Leitstellendisponent über deutlich geringere Informationen verfügt als der Notarzt vor Ort. International wird 70 % als gute Disposition bewertet (Schlechtriemen et al. 2005).

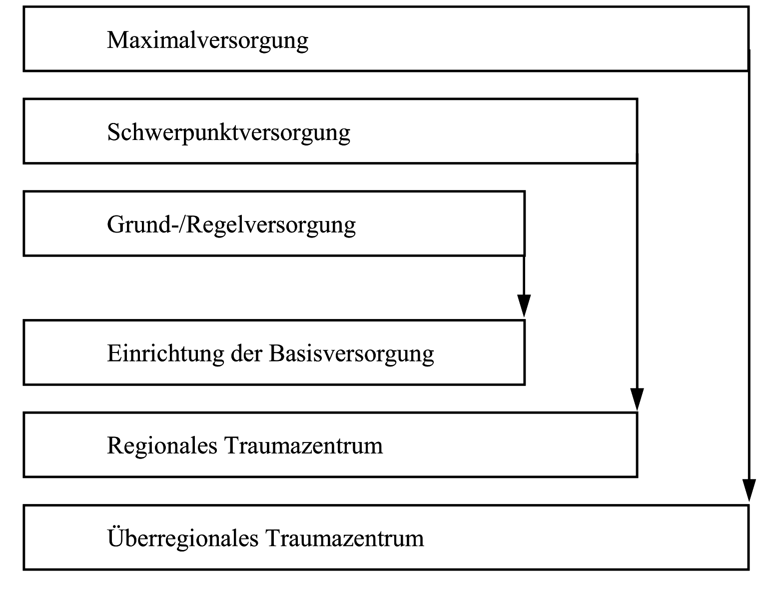
Es besteht weiterhin Bedarf an Notfallpraxen, die besonders tagsüber den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst entlasten könnten. Diese können an Krankenhäusern, an Medizinischen Versorgungszentren oder in Gemeinschaftspraxen organisiert sein. Sie sollten als Anlaufstellen für geh- und transportfähige Patienten dienen und auf Ersuchen der integrierten Leitstelle Hausbesuche bei Notfällen durchführen. Diese integrierten Leitstellen wurden allerdings bisher kaum eingerichtet. Die dringend erforderliche einheitliche Notrufnummer 112 als zentraler Anlaufpunkt für alle medizinischen Notfälle ist immer noch nicht flächendeckend eingeführt.

509. Die Ausbildung der an der ‚Rettungskette' beteiligten Akteure bleibt verbesserungswürdig. Laien als Ersthelfer verfügen keineswegs lückenlos über eine Erste-Hilfe-Ausbildung, geschweige denn über ein kontinuierliches Wiederholungstraining. Rettungssanitäter sind de jure nur im Krankentransport eigenverantwortlich tätig, Rettungsassistenten sind dagegen im Rettungswagen und als Assistenten des Notarztes verantwortlich. Allerdings verfügen nur 20 bis 30 % der Rettungsassistenten über die volle zweijährige Ausbildung, die anderen sind zum Teil übergeleitete Rettungssanitäter (Altemeyer/Schindler 2007). Das Rettungsassistentengesetz aus dem Jahr 1989 und die dazugehörige Prüfungsverordnung wurden bisher nicht, wie vom Rat empfohlen, novelliert; es gibt dazu allerdings einen Antrag im Parlament (Bundestagsdrucksache 16/3343). Die Weiterbildung der Notärzte ist nach wie vor in der Diskussion, wobei ein Facharzt für Notfallmedizin bisher nicht in Sicht ist. Dies stellte eine Forderung der 10. Leinsweiler Gespräche der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. dar (Schlechtriemen et al. 2005). Der Beschluss des Deutschen Ärztetages von 2003 nennt als Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin: 24 Monate klinische Tätigkeit, 6 Monate Intensivstation/Notaufnahme/Anästhesie, 80 Stunden Kurs, 50 Einsätze unter Anleitung. Diese Zusatzbezeichnung ist nicht bundesweit umgesetzt; hinzu kommt der Notärztemangel im ländlichen Bereich. Die Einrichtung von Stellen für den leitenden Notarzt (Einsätze) und den ärztlichen Leiter Rettungsdienst (Organisation der Einsätze) stagniert ebenso wie die erwähnten integrierten Leitstellen. Die vom Rat empfohlene abgegrenzte Versorgung psychosozialer Notfälle (besonders in Ballungsgebieten) wurde ebenfalls kaum eingeführt (GA 2003, II, 6.4).

510. Die Mehrzahl der Notaufnahmepatienten sind internistische, deutlich vor chirurgischen Patienten. Da die Notaufnahme von zunehmend entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf der Versorgung ist, wird von den Deutschen Gesellschaften für Innere Medizin und für Chirurgie ein Facharztstandard in der Notaufnahme gefordert. In der Intensivstation ist langjährige Erfahrung der Verantwortlichen Bedingung für Qualität. Deswegen wäre ein eigenständiger (Fach)Arzt für Intensivmedizin, alternativ die Schwerpunktanerkennung für z. B. ‚internistische Intensivmedizin' notwendig. Voraussetzung dafür, dass Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen können, sind bestimmte Strukturen und Prozesse: etwa die Ausstattung mit Ambulanz, Schockraum, Computer-Tomographie, benachbarter Intensivstation, Kardiologie und Endoskopie rund um die Uhr sowie die Einrichtung einer interdisziplinären Notaufnahme. Einer Analyse von 51 Krankenhäusern zufolge zeigte sich jedoch, dass 14 % der Krankenhäuser ohne Röntgenanlage oder Computer-Tomographie und 23 % ohne Sonographie im Schockraum auskommen mussten (Ruchholtz 2007). Anstelle der bisherigen Struktur und Einteilung in Maximal-, Schwerpunkt- und Regel-/Grundversorgung empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie ein Stufenkonzept mit Einrichtungen der Basisversorgung, regionalen Traumazentren und überregionalen Traumazentren (Ruchholtz 2007; Kühne et al. 2006) (Abbildung 29). Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Änderung der Traumaversorgung mit der Weiterentwicklung der traditionellen Aufgabenverteilung zwischen Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung vereinbaren lässt.

Abbildung 29

Traumazentren: Maximalversorgung, Schwerpunktversorgung und Grundversorgung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruchholtz 2007

511. Um die Anforderungen an die räumliche Verteilung der Standorte zur Notfallversorgung zu definieren, ist das Konzept der ‚Hilfsfrist‘ bzw. des ‚therapiefreien Intervalls‘ zu dem Begriff der *golden hour* weiterentwickelt worden (Altemeyer/Schindler 2007). Dabei geht es vor allem um eine Normierung der Strukturen, Prozesse und der Ergebnisqualität in der Notfallversorgung:

Nach spätestens zwei- bzw. zwölfminütiger Hilfsfrist (Laien) wird ein Rettungsassistent vor Ort erwartet. Spätestens nach 20 Minuten hat die Versorgung durch den Notarzt zu beginnen; nach maximal einer Stunde, der *golden hour*, soll der Patient in einem Krankenhaus ankommen.

Diese Zeitvorstellungen sollten hinsichtlich der Ergebnisqualität der Notfallversorgung überprüft werden und als Grundlage für die Planung von Standorten und Zahl von Rettungswagen sowie Notärzten dienen. Die regelmäßige Überprüfung der Beschwerden der Bevölkerung ermöglichen dem Staat, die Angemessenheit dieser Versorgung zu beurteilen und nötigenfalls korrigierend einzugreifen. Wenn aus wirtschaftlichen Gründen (z. B. nicht gedeckte Vorhaltekosten für die Notarztversorgung, Dokumentation dieser Dienste) Lücken im Versorgungsnetz für Notfälle entstehen, wird der Gewährsträger hilfsweise entweder Sicherstellungszuschläge einführen oder Ersatzvornahmen einleiten müssen. Besser noch wäre, solche Lücken zu antizipieren und Unterversorgungsszenarien möglichst gar nicht entstehen zu lassen. Den Trägern des InEK kommt es zu, das Instrument des Sicherstellungszuschlages zeitnah, sowie die adäquate Vergütung der Notfallversorgung und damit verbundener Vorhalteleistungen verfügbar zu machen.

Abbildung 30

Hilfsfrist und *golden hour* als Planungsgrundlage für Notarztstandorte

golden hour = 60 Minuten				
Laien vor Ort		Rettungs-assistent vor Ort	Notarzt vor Ort	Rückfahrt zum Krankenhaus
2	**10**	**8**	**10**	**30**
Hilfsfrist		Beginn der Erstversorgung	(Spätester) Beginn der ärztlichen Versorgung	

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Altemeyer/Schindler 2007

512. Spätestens zum Ablauf der *golden hour* der Notfallversorgung müsste der Patient in einem Krankenhaus angekommen sein, das mindestens in der Lage ist, seinen Zustand weiter zu stabilisieren und ihn, falls erforderlich, möglichst mit orientierender Diagnose zur spezielleren Behandlung weiterzuverlegen. Derartige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind heute nicht überall in Deutschland innerhalb des genannten Zeitfensters verfügbar (Kühne et al. 2006). Wenn der gegenwärtige Bettenabbau weitere Schließungen oder Umwidmungen durch Vernetzung und Spezialisierung der ortsnahen Krankenhäuser zur Folge hat, so muss man wenigstens feststellen lassen, wie sich die Rettungszeiten verändern und wie viele Patienten davon betroffen sind. Die oben angeführten Vorschläge für Verbesserungen des Rettungswesens und der notärztlichen Versorgung könnten die sich abzeichnenden Einbußen an Versorgungsqualität teilweise kompensieren. Strukturelle Entscheidungen müssen aber die Qualität der Notfallversorgung berücksichtigen.

513. Für die Zweitversorgung von Notfällen in Schwerpunktkrankenhäusern sind weitere Wege für den leidlich stabilisierten Notfallpatienten angesichts der heutigen Transporttechnik, sofern deren Möglichkeiten angemessen verfügbar sind, kaum mit gesteigerten Risiken verbunden. Allerdings müssen die strukturellen Voraussetzungen stimmen, gerade auch im übernehmenden Krankenhaus. Für die erforderliche Dichte dieser Schwerpunktkrankenhäuser kann gelten, dass sie sich nach regionalem Bedarf und der Möglichkeit eines effizienten Betriebs richten kann. Ein Krankenhaus der Maximalversorgung wird dies alles und überdies zusätzliche Spezialdienste bieten müssen. Als solche wären zum Beispiel die Versorgung von schweren Polytraumen (Kühne et al. 2006) und komplizierte neurochirurgische Eingriffe, aber auch Risikogeburten und neonatologische Intensivmedizin zu verstehen. In diesem Zusammenhang sollten Regelungen für Mindestzahlen von dem tatsächlichen Nachweis der Ergebnisverbesserung abhängig sein. Weitere Beispiele für überregional ja bisweilen nur national vorzuhaltende Kapazitäten sind solche für Schwerbrandverletzte, Strahlengeschädigte und Hochrisikoinfektionen.

514. Es besteht ein Mangel an Versorgungsforschung zu den Ergebnissen der stationären Notfallversorgung. Dazu hat eine Klinik-Gruppe publiziert, dass sich die Mortalitätsraten bei Indikator-Diagnosen grundsätzlich verbessern lassen (Mansky et al. 2006). Andere Klinikgruppen haben nachgezogen. Besonders deutlich wird die erreichbare Qualitätsverbesserung im Jahresbericht 2006 des Traumaregisters der AG Polytrauma der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (AG Polytrauma DGU 2006). Man findet für die beteiligten Kliniken unter anderem einen Vergleich der präklinischen Zeit vom Unfall bis zur Klinikaufnahme, der Mortalitätsraten mit dem risikoadaptierten Erwartungswert und deren Verbesserung über die Jahre 1993-2005 (Mitteilung von S. Ruchholtz, INM 2007). Es bleibt zu fragen, ob die Dokumentation der notärztlichen Leistungen nicht in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 137 SGB V und in die BQS-Qualitätsreports aufgenommen werden sollten. Schließlich gibt es wenige Daten über die Effizienz bzw. die Kosteneffektivität in der Notfallmedizin. Ferner sollte geprüft werden, ob der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben für Struktur und Prozess der Arbeit von Rettungsdienst und Notärzten erarbeiten könnte (evtl. nach dem Muster von § 116b Abs. 4 SGB V).

4.3.2 Zukünftige Finanzierung der Krankenhausleistungen

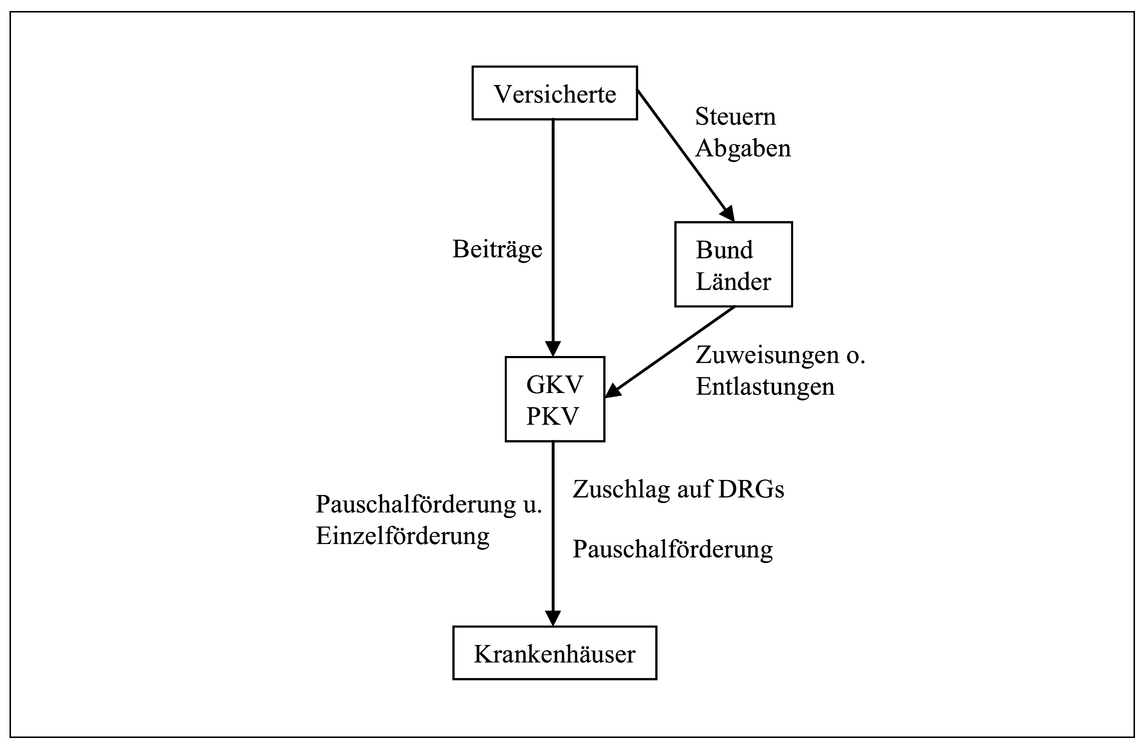
4.3.2.1 Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung

515. Eine monistische Krankenhausfinanzierung ist per Definition dann gegeben, wenn sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten eines Krankenhauses aus einer Hand finanziert werden. In Deutschland würde dies durch die Krankenkassen geschehen. Die monistische Finanzierung kann unterschiedliche Formen annehmen: Auf der einen Seite stellt sich die Frage, wie die zusätzlich benötigten Mittel den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden; auf der anderen Seite wie die Investitionskosten an die Krankenhäuser verteilt werden (Abbildung 31).

Würden die Krankenkassen anstelle der Länder für die Investitionskosten aufkommen, müsste ohne eine Kompensierung durch die öffentliche Hand der durchschnittliche Beitragssatz um circa 0,27 % steigen (AOLG 2006). Dies gilt allerdings nur, wenn das derzeitige Niveau der Investitionskostenförderung in Höhe von 2,7 Mrd. € beibehalten würde. Eine reine Beitragsfinanzierung hätte somit den Nachteil, dass sie über die Beitragssätze die Lohnnebenkosten der abhängig Beschäftigten weiter steigen lässt. Damit würde der Faktor Arbeit im Verhältnis zum

Abbildung 31

Alternative Ausgestaltungen einer monistischen Finanzierung



Quelle: Eigene Darstellung

Faktor Kapital für die Unternehmen weiter verteuert und die Verlagerung von Arbeitsplätzen ins Ausland bzw. eine kapitalintensivere Produktion begünstigt. Aus diesem Grunde wurde vorgeschlagen, die Krankenkassen entweder finanziell zu entlasten, beispielsweise indem die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel aufgehoben wird, oder sie direkt aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu bezuschussen, etwa über den geplanten Gesundheitsfonds (Hermann 2007; Neubauer 2007). Im letzteren Fall müsste jedoch darüber nachgedacht werden, wie auch die Versicherten in der PKV an den Steuerzuschüssen partizipieren können (Augurzky 2007b).

Die Verteilung der Investitionsmittel an die Krankenhäuser könnte wie bisher als eine Kombination aus Pauschal- und Einzelförderung stattfinden, wobei die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich oder individuell darüber mit den Krankenhäusern verhandeln. Diese Lösung hätte den Nachteil, dass insbesondere bei einer Einzelförderung die externe Bürokratie der Länderverwaltungen nur durch eine noch zu schaffende Krankenkassenbürokratie ersetzt werden würde. Aus Sicht der Krankenhäuser würden zudem die Betriebs- und Investitionskosten wiederum aus zwei unterschiedlichen Töpfen finanziert. Dies würde auch für eine reine Pauschalförderung gelten, die sich nicht an der Betriebskostenfinanzierung sondern an anderen Maßstäben, wie etwa der Bettenanzahl, orientiert. Daher wurde vorgeschlagen, die Investitionsmittel direkt an die DRGs zu koppeln (Hermann 2007; Neubauer 2007). Dies könnte grundsätzlich auf drei Arten geschehen:

1. Ein absoluter Euro-Betrag wird auf jede Fallpauschale aufgeschlagen.
2. Die Fallpauschalen werden prozentual um einen Investitionskostenanteil erhöht, ähnlich der pauschalen Abgeltung der Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4 KHG.
3. Die Investitionskosten werden nach funktionalen Gesichtspunkten jeder einzelnen Fallgruppe zugeschlagen: je höher der kalkulierte Investitionsbedarf in dieser Fallgruppe ist, desto höher ist der Zuschlag.

Die erste Variante entspricht einer Pauschalförderung, die sich ausschließlich an der Anzahl der behandelten Fälle eines Krankenhauses orientiert. Die Schwere der Fälle und der damit womöglich verbundene erhöhte Investitionsbedarf des Krankenhauses hätte keinen Einfluss auf die Fördermittel. Bei der zweiten Variante würde dieser Umstand berücksichtigt, wenn man unterstellen kann, dass der notwendige Investitionsbedarf für die Erbringung einer Leistung mit der Höhe der dafür vorgesehenen Fallpauschale linear steigt. Da dies nicht in jedem Fall gegeben sein dürfte, bietet es sich an, den Zuschlag für jede einzelne Fallgruppe zu kalkulieren und so den Investitionsbedarf direkt zu berücksichtigen. Allerdings erfordert dies eine deutlich komplexere Kalkulation der Zuschläge.

516. Von einer monistischen Krankenhausfinanzierung wird erhofft, dass die beschriebenen Steuerungsmängel der dualen Finanzierung beseitigt werden können. Werden die Investitionskosten direkt den DRGs zugeschlagen, endet die Trennung zwischen Betriebs- und Investitionskosten, und die Krankenhäuser könnten autonom und flexibel über ihre Investitionen bestimmen. Sie haben aufgrund der fallpauschalierten Bezahlung einen Anreiz, die Investitionsmittel auf der einen Seite effizient einzusetzen und auf der anderen Seite auch in eine effiziente Leistungserstellung zu investieren. Die Krankenkassen sähen sich zudem keinen verzerrten Preisen mehr zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gegenüber und könnten so im Rahmen der integrierten Versorgung auch gesamtwirtschaftlich optimal handeln.

517. In der Vergangenheit hat es bereits Versuche gegeben, die monistische Krankenhausfinanzierung in Deutschland einzuführen. Jedoch scheiterte die Umsetzung immer wieder im politischen Prozess. So wollte bereits im Jahr 1977 die Bundesregierung im Gesetzentwurf zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG, Bundestagsdrucksache 8/166) erstmals von dem Grundsatz abweichen, dass die Krankenkassen nur die Benutzerkosten zu tragen hätten und die Vorhaltung der Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe sei. Der Entwurf enthielt die Regelung, dass die Krankenhausträger für 10 % der Neubau- und 5 % der Wiederbeschaffungskosten selbst aufzukommen hätten, wobei es gleichzeitig möglich gewesen wäre, diese Kosten auf die Pflegesätze zu überwälzen. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass die Krankenhausträger zu mehr Wirtschaftlichkeit in der Planung und Umsetzung von Investitionsvorhaben angeregt werden sollten. Der Gesetzentwurf scheiterte in dieser Fassung am Widerstand der Länder (Simon 2000). Im Jahr 1985 wurde im Rahmen des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes (KHNG, Bundestagsdrucksache 10/2095) erstmals den Krankenkassen ermöglicht, Rationalisierungsinvestitionen der Krankenhäuser eigenständig zu finanzieren. Die monistische Finanzierung aller Investitionskosten hielt die damalige Bundesregierung zwar für wünschenswert, aber zu diesem Zeitpunkt nicht umsetzbar, da Beitragssatzsteigerungen befürchtet wurden, die einen negativen Impuls für den deutschen Arbeitsmarkt bedeutet hätten. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, Bundestagsdrucksache 12/3930) bekannte sich der Deutsche Bundestag im Jahr 1992 sogar offiziell zu dem Ziel, die duale Finanzierung mittelfristig durch eine monistische Finanzierung zu ersetzen und glaubte, mit dem GSG einen ersten Schritt in diese Richtung unternommen zu haben. Bemängelt wurden an der dualen Finanzierung in erster Linie Steuerungsprobleme, die sich insbesondere aufgrund der „Trennung der Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten und für die aus der Investition folgenden Betriebskosten“ (ebd: 5) ergaben. Tatsächlich wurden lediglich die Möglichkeiten für Rationalisierungsinvestitionen neugefasst, Kapitalkosten konnten begrenzt über Pflegesätze finanziert werden und für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wurde ein Finanzierungsprogramm ins Leben gerufen, das zum Teil auch aus den Benutzerentgelten gespeist wurde (Tuschen/Quaas 2001). Bei diesem ‚Einstieg‘ ist es bisher geblieben. Der letzte umfassende Versuch, eine monistische Finanzierung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (Bundestagsdrucksache 14/1245) im Jahr

2000 durchzusetzen, scheiterte erneut im Deutschen Bundesrat (Tuschen/Quaas 2001).

518. Der Widerstand der Bundesländer gegen eine monistische Krankenhausfinanzierung erklärt sich aus dem Umstand, dass sie zum einen die bisher in die Investitionskostenförderung eingebrachten Mittel den Krankenkassen zur Verfügung stellen sollten und sich zum anderen ihr Einfluss auf die eigene Krankenhauslandschaft reduzieren würde. Wie in Ziffer 515 beschrieben, muss bei einer vollständigen Finanzierung der Investitionskosten über die Beitragssätze der Krankenkassen ein negativer Effekt auf den Arbeitsmarkt befürchtet werden. Aus diesem Grunde liegt es nahe, die Steuerfinanzierung der Investitionskosten beizubehalten und im Rahmen einer monistischen Finanzierung die Fördermittel der Ländern auf die Krankenkassen zu übertragen. Damit würden die Länder überdies die ‚goldenen Zügel' verlieren, mit denen sie bisher ihre krankenhauspolitischen Vorstellungen im Rahmen der Krankenhausplanung umsetzen konnten. Eine monistische Krankenhausfinanzierung würde die Krankenhausplanung so zum Teil obsolet machen und es bliebe lediglich eine Rahmenplanung, etwa der Standorte und der vorzuhaltenden Abteilungen. Die duale Finanzierung hat den Bundesländern erlaubt, den Bürgern auch in strukturschwachen Regionen Zugang zu einer ortsnahen Versorgung mit stationären Leistungen zu verschaffen. Werden die Investitionskosten der Krankenhäuser pauschal über die Pflegesätze finanziert, verlieren die Länder somit ein wichtiges Instrument der Regional- und Sozialpolitik.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Bundesländer in den vergangenen Jahrzehnten auch in unterschiedlicher Höhe Fördermittel gewährt haben. Einigt man sich etwa bei der Übertragung der Fördermittel an die Krankenkassen auf die niedrigste Förderquote der Bundesländer, so dürften diese Mittel nicht ausreichen, um eine angemessene Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser sicherzustellen. Wird dagegen die höchste Förderquote als Maßstab gewählt, dürften dies die Bundesländer mit niedrigeren Förderquoten ablehnen, da sie zusätzlich belastet werden. Entscheidet man sich dafür, dass die Länder jeweils ihre bisherigen Förderquoten einbringen, müssten die Länder mit höherer Förderquote die anderen subventionieren, was ebenfalls auf Ablehnung stoßen dürfte (Augurzky 2007b). Auf die letztere Variante lief der Gesetzentwurf zur GKV-Gesundheitsreform im Jahr 1999 hinaus, der von den Bundesländern abgelehnt wurde (Bundestagsdrucksache 14/1245: 39 bis 40).

519. Neben den Bedenken der Bundesländer gibt es noch weitere Gründe, die den Übergang zu einer monistischen Finanzierung erschweren. Die Krankenhäuser wurden in der Vergangenheit asynchron gefördert. Krankenhäuser, die gerade im Rahmen des Investitionsprogramms eines Bundeslandes modernisiert wurden, hätten bei einem sofortigen Wechsel zu einer Finanzierung der Investitionskosten über die Pflegesätze einen Vorteil gegenüber den Häusern, die in einem früheren Investitionszyklus modernisiert wurden. Der ungleiche Bauzustand würde so zu einem ungleichen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern führen. In den bisherigen Reformvorschlägen wurde daher meist von einer Übergangslösung ausgegangen, in der die Investitionskostenzuschläge sich eine zeitlang noch an dem baulichen Zustand eines Krankenhauses orientieren sollten (Robert Bosch Stiftung 1987; Hermann 2007).

Weiterhin ließe sich gegen eine monistische Finanzierung einwenden, dass die Krankenhäuser dabei ihre Investitionen zu einem großen Teil aus Fremdkapital finanzieren müssten. Während bei der bisherigen Einzelförderung lediglich die Baukosten anfallen, würde die Verzinsung des Fremdkapitals dem System zusätzlich Mittel entziehen, die dann nicht mehr für weitere Investitionen zur Verfügung stünden. Die Zinsen, die auf Fremdkapital erhoben werden, entsprechen dem Preis dafür, dass der Kreditnehmer sofort seine Investitionen tätigen kann. Die Argumentation, dass Fremdfinanzierung für die Krankenhäuser teurer sei als Steuerfinanzierung, kann daher höchstens dann gelten, wenn die Länder auch jeden Antrag auf Investitionskostenförderung stattgeben und unverzüglich finanzieren könnten. Tatsächlich zeigt die Diskussion über den Investitionsstau, dass die Bundesländer sich nicht mehr in der Lage sehen, die Krankenhäuser ausreichend mit Investitionskapital zu versorgen. Unterbliebene Investitionen können jedoch einem Krankenhaus teurer kommen als die Verzinsung auf das aufgenommene Fremdkapital.

520. Die Finanzierung der Investitionskosten wird einen wesentlichen Teil der Diskussion über einen veränderten ordnungspolitischen Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen bilden. Mit der zukünftigen leistungsorientierten, fallpauschalierten Vergütung, die die Krankenhäuser unter einen permanenten Wettbewerbsdruck stellt, und dem fortgesetzten Rückzug der Bundesländer aus der öffentlichen Investitionskostenförderung werden die Krankenhäuser in eine nur schwer lösbare Situation manövriert: Auf der einen Seite müssen sie durch Investitionen sicherstellen, dass sie nach dem Ablauf der Konvergenzphase mit ihren Kosten unterhalb des Landesbasisfallwerts liegen; auf der anderen Seite stehen sie in der Abhängigkeit der sinkenden öffentlichen Investitionskostenförderung und der insbesondere mit der Einzelförderung verbundenen externen Landesbürokratie. Die Gefahr einer schleichenden Monistik ohne entsprechenden gesetzlichen Rahmen liegt darin, dass die Krankenkassen sich nicht verantwortlich fühlen und die Bundesländer nicht mehr fähig oder willens sind, die vorhandene Krankenhauslandschaft mit ausreichend Investitionskapital auszustatten (Bruckenberger et al. 2006). Ähnlich wie vor dem Jahr 1972 müssten die Krankenhausträger ihre Investitionskosten zum Teil selbst finanzieren, wozu nur wenige in der Lage sein dürften – ein weiterer Verfall des Bauzustands einzelner Krankenhäuser könnte die Folge sein. Daher spricht sich der Rat erneut dafür aus, zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung überzugehen und so eine verlässliche Investitionskostenförderung sicherzustellen, die zugleich zielgerichtete Anreize entfaltet (JG 1989, Ziffer 334ff.; JG 1992, Ziffer 234ff.; SG 1996, Ziffer 266ff.; GA 2003, Ziffer 946).

521. Der Rat empfiehlt, die Vergabe der Investitionsmittel im Rahmen einer monistischen Finanzierung direkt an die DRGs zu koppeln. Dabei sollte von der Selbstverwaltung geprüft werden, ob ein funktionaler Zuschlag, der sich an dem Investitionsbedarf in der jeweiligen Fallgruppe orientiert, mit vertretbarer Komplexität ermittelt werden kann. Andernfalls sollte ein prozentualer Zuschlag gewählt werden, der in Einzelfällen um zusätzliche Aufschläge ergänzt werden kann, die einen besonderen Investitionsbedarf decken helfen. Den Krankenkassen wird es dabei freigestellt, im Zuge der integrierten Versorgung oder auf Basis von selektiven Verträgen Investitionsmaßnahmen eines Krankenhauses eigenständig zu fördern. Die Ermittlung des Volumens der Investitionskostenzuschläge sollte in einem strukturierten Dialog zwischen Vertretern der Krankenhäuser, der Krankenkassen, der Länder und des Bundes erfolgen.

Die Investitionskostenzuschläge sollen den Krankenhäusern weitestgehend zur freien Verfügung stehen. Die Länder sollten jedoch im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Krankenhäuser verpflichten können, bestimmte Leistungen wie z. B. die Notfallversorgung vorzuhalten. Außerdem sollen die Investitionskostenzuschläge zweckgebunden für Investitionen und nicht für die Defizitdeckung gewährt werden. Dabei wird der Investitionsbegriff ähnlich wie bereits heute im KHG definiert (s. Ziffer 447) und die bereits von den Krankenkassen finanzierten Instandhaltungskosten einbezogen. Die Übernahme von anderen Krankenhäusern sollte dagegen nicht aus der Investitionskostenförderung finanziert werden dürfen.[155]

[155] Problematisch könnte der Fall sein, wenn ein Krankenhaus schließen müsste, falls es nicht die bereitgestellten Investitionsmittel zur Defizitfinanzierung in Anspruch nimmt. In dem Fall sollte zuvor jedoch geprüft werden, ob ein Verkauf des Krankenhauses an einen anderen Träger möglich ist, der in der Lage ist, die Defizite zu finanzieren, ohne die Investitionsmittel zu verwenden.

Exkurs: Ein mögliches Szenario zum Übergang auf die Monistik

522. Die zusätzlichen Lasten für die GKV und PKV, die sich durch die Zuschläge auf die DRGs ergeben, werden gemischt von Ländern, Bund, den Krankenkassen und den Krankenhäusern finanziert, um einen Anstieg der Beitragssätze möglichst zu vermeiden:

Die bisherige Pauschalförderung wird von den Bundesländern in den geplanten Gesundheitsfonds als dauerhafter Steuerzuschuss eingezahlt. Um die in Ziffer 518 genannten Probleme zu mildern, wird die Gesamtsumme der Pauschalförderung aller Bundesländer (circa 1 Mrd. € im Jahr 2006) anteilig nach der Bevölkerungszahl jedes Bundeslandes in den Fonds übermittelt. So leisten einige Länder mehr und anderen Länder weniger Pauschalförderung als bisher.

In einer Übergangsphase von mehreren Jahren verfolgen die Bundesländer ihre Investitionsprogramme der Einzelförderung weiter und finanzieren diese voll, mit dem Ziel die Krankenhäuser, die aufgrund ihres Bauzustands einen erheblichen Wettbewerbsnachteil zu befürchten haben, den anderen Häusern gleichzustellen. Nach der Übergangsphase verwenden die Bundesländer einen angemessenen Teil der bisherigen Einzelförderung zur Sicherung der Notfallversorgung und zur Abwehr von Unterversorgung.

Um den Reformstau bei der Investitionskostenfinanzierung aufzulösen, beteiligt sich der Bund, wie bei der Einführung der Dualistik und nach der deutschen Einheit in den neuen Bundesländern, an der Finanzierung der Investitionskosten. Es wäre beispielsweise denkbar, die Steuerzuschüsse in den ab 2009 eingeführten Gesundheitsfonds weiter zu erhöhen. Alternativ könnte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel reduziert bzw. erlassen werden, wovon auch die Versicherten in der PKV profitieren würden. Dies hätte den Vorteil, dass die unsachgemäße steuerliche Benachteiligung einer Arzneimitteltherapie beseitigt werden würde, da die Versicherten auch keine Mehrwertsteuer auf die Behandlungsleistungen in der ambulanten und stationären Versorgung zu leisten haben.

Ein Teil der Investitionskosten übernehmen die Krankenkassen, da durch die erhoffte höhere Effizienz im Krankenhaussektor mittelfristig die Betriebskosten sinken.

Die Krankenhäuser verzichten im Gegenzug für die höhere Investitionssicherheit, Autonomie und Flexibilität auf die Forderung, dass der Investitionsstau vollständig nachfinanziert werden muss.

4.3.2.2 Zukunft des G-DRG-Systems

Fortentwicklung des G-DRG-Systems

523. Das G-DRG-System hat sich in den Jahren seit seiner Einführung im Jahr 2003 von einer sehr groben Adaption des australischen DRG-Systems zu einem, auf die deutsche Versorgungssituation angepassten, eigenständigen Fallpauschalensystem entwickelt, das in dieser Breite und Tiefe im internationalen Vergleich einzigartig ist.

Jenseits des Erreichten weist die Analyse des Fallpauschalensystems (s. Abschnitt 4.2.1) allerdings auch auf einige problematische Punkte und Entwicklungen im Kontext der Konvergenzphase hin, die bei der weiteren Entwicklung des Systems unbedingt eine angemessene Berücksichtigung finden sollten.

524. Zu diesen Punkten zählt insbesondere der Auftrag zur Begleitforschung, der vier Jahre nach seiner Verankerung im Rahmen des § 17b Abs. 8 KHG von den verantwortlichen Akteuren der Selbstverwaltung bisher nicht ausreichend umgesetzt wurde. Aus diesem Grund empfiehlt der Rat eine unverzügliche Ausschreibungen der Forschungsaufträge gemäß § 17b Abs. 8 S. 2 KHG – im Zweifel per Ersatzvornahme durch das BMG. Nur durch unabhängige Begleitforschung kann festgestellt werden, ob der Versorgungsauftrag nach § 17b Abs. 2 KHG unter Wahrung der Qualität erfüllt wird. Das durch die Begleitforschung erhobene Datenmaterial soll dabei nicht nur die Basis für die Diskussion der Wirkungen der DRGs liefern, sondern vielmehr auch dazu dienen, die Wirkungen des Systems gegenüber den Patienten aber auch gegenüber den Beschäftigten im stationären Sektor zu dokumentieren und zu kommunizieren.

Die inhaltliche Umsetzung des Begleitforschungsauftrags nach § 17b Abs. 8 KHG darf sich nicht auf die Auswertung der nach § 21 KHEntgG übermittelten Routinedaten beschränken, da z. B. Schnittstellenprobleme mittels dieser Daten nicht hinreichend abgebildet werden könnten. Des Weiteren wäre die Beschränkung auf eine quantitative Forschung unzureichend, da nur über ergänzende qualitative Studien die Komplexität der durch das Entgeltsystem initiierten Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität hinreichend erfasst werden kann.

525. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Personalzahlen im stationären Sektor und den ersten Ergebnissen internationaler Studien zum Zusammenhang von Personalbelastung und Patientenversorgung regt der Rat weiterhin eine detaillierte Untersuchung der Auswirkungen reduzierter Pflegekapazität auf die Versorgungsqualität in den deutschen Krankenhäusern an.

Im Rahmen der Versorgungsforschung sollte weiterhin auch die Entwicklung der Übergänge von Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen stationärer Versorgung und Rehabilitation bzw. Pflege analysiert werden. Hierbei ist unter anderem die Frage zu klären, welche Auswirkungen der im Kontext des G-DRG Systems immer wieder beschriebene zu frühe Übergang von der stationären Versorgung in die Rehabilitation bzw. Pflege auf die Qualität bzw. auf die Gesamtkosten der Versorgung hat. Aufgrund der wachsenden Bedeutung von prä- und poststationärer Diagnostik bzw. Versorgung sowie der allgemeinen Tendenz fragmentierter Behandlungen bzw. Behandlungsabläufe besteht zudem dringender Forschungsbedarf im Hinblick auf die Wirkung dieser zunehmende Fragmentierung auf die Qualität der Patientenversorgung und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

526. Krankenhäusern, die sich an der Weiterbildung von Ärzten beteiligen, entstehen durch dieses Engagement unter Umständen höhere Kosten als jenen Häusern, die sich nicht bzw. zu einem geringeren Maße an der Weiterbildung beteiligen. Damit kann die Weiterbildung von Ärzten zu Wettbewerbsverzerrungen für Krankenhäuser mit einem hohen Anteil von Ärzten in Weiterbildung führen. Aus diesem Grund empfiehlt der Rat, die entstehenden inversen Anreize zur Förderung einer hochwertigen Weiterbildung von Fachärzten zunächst zu analysieren und zu quantifizieren und gegebenenfalls im Rahmen eines ‚Weiterbildungsfonds' auszugleichen.

527. Schließlich ist bei der Weiterentwicklung des DRG-Katalogs darauf zu achten, dass der pauschalierende Charakter des DRG-Systems erhalten bleibt und somit die Anreize einer Einzelleistungsvergütung begrenzt bleiben. Dies setzt unter anderem eine besondere Sorgfalt bei der Einführung weiterer Zusatzentgelte voraus. Zudem sollte die Balance zwischen der weiteren Verbesserung der ökonomischen Homogenität und einer stetig voranschreitenden Komplexität des Fallpauschalenkatalogs gewahrt bleiben.

Perspektiven für das G-DRG System ab 2009

528. Nach Auslaufen der Konvergenzphase muss der zukünftige Rahmen des G-DRG-Systems neu festgelegt werden. In diesem Kontext stellt sich die zentrale ordnungspolitische Frage, ob das Fallpauschalensystem ab 2009 als Preissystem genutzt werden soll und ob die Krankenhausversorgung dann über Festpreise oder aber über Höchst- bzw. Richtpreise gesteuert wird (Neubauer 2006). Ein gewichtiges Thema ist dabei auch die Frage nach der zukünftigen Gestaltung der Verhandlungen zwischen Finanzierungsträgern und Krankenhäusern.

529. Ausgehend von der aktuellen Gestaltung des Systems spricht sich der Rat dafür aus, das G-DRG-System zunächst als Festpreissystem weiterzuentwickeln. Da bei einem Vergütungssystem auf der Basis von Festpreisen für Krankenhäuser, die effizient organisiert sind und ein Selbstkostenniveau unter dem jeweiligen Festpreis haben, weniger Motivation besteht, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und Festpreise somit zu einer ineffizienten Überzahlung führen können (Kämper/Schleert 2001), sollte das G-DRG-System jedoch partiell auch für den Preiswettbewerb geöffnet werden. Der Rat schlägt daher in Ergänzung des Festpreissystems eine partielle Höchstpreislösung vor.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll es für den Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser

zunächst bei einem Festpreissystem auf Basis des Landesbasisfallwerts[156] bleiben, ebenso wie bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang. Ein Höchstpreissystem, das auf selektiven Verträgen zwischen den Finanzierungsträgern und den Krankenhäusern basiert, soll zunächst lediglich für den Bereich der elektiven Krankenhausleistungen implementiert werden. Dieser Vorschlag entspricht der im Gutachten 2005 (Ziffer 105ff.) vertretenen Auffassung des Rates, dass in der GKV ein partieller Übergang von Kollektivverträgen zu selektivem Kontrahieren anzustreben ist. Für den Bereich der integrierten Versorgungsformen soll der bisherige Ansatz, der auf selektiven Verträgen beruht und bereits Rabatte zulässt, beibehalten werden.

Sofern die anzustrengende Begleitforschung zeigt, dass sich das Höchstpreissystem für elektive Leistungen unter Kosten- und Qualitätsaspekten sowie unter dem Aspekt der Transaktionskostenproblematik (GA 2005 Ziffer 93) bewährt, soll das skizzierte System auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt werden. Dabei ist aufgrund des spezifischen Charakters der Notfallleistungen davon auszugehen, dass diese Leistungen auch mittelfristig nicht sinnvoll in den Rahmen selektiver Verträge übernommen werden können, so dass es hier bei einem kollektivvertraglichen Rahmen bleiben wird.

530. Kern des Vorschlags zur Zukunft des G-DRG-Systems ist somit die Empfehlung, bestimmte elektive Leistungen aus dem Bereich der Basisversorgung für individuelle Rabattverhandlungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern zuzulassen – ähnlich dem Modell in den Niederlanden, wo die Preisregulierung für ca. 10 % der DBCs (Diagnose Behandeling Combinatie) aufgehoben worden ist. Hier handelt es sich ausschließlich um elektive und relativ wenig komplexe Leistungen – z. B. Katarakt- Tonsillen-, und Inkontinenzoperationen, Knie- und Hüftgelenkendoprothetik (Halbersma et al. 2007; Helderman et al. 2005). Ein erster Ausgangspunkt für das auf der individuellen Ebene zu verhandelnde elektive Leistungsspektrum können dabei die elektiven Leistungen des Fallpauschalenkatalogs der Bundespflegesatzverordnung 1995 sein. Der Rat stützt seine Empfehlung, diesen Sektor des Leistungsspektrums für ein Höchstpreissystem vorzusehen, auf die Tatsache, dass für den Bereich der ehemaligen Fallpauschalen die längsten und ausführlichsten Erfahrungen in der Einschätzung von gewünschten sowie unerwünschten Anreizeffekten in der Qualitätssicherung vorliegen. Als Verhandlungsparameter zwischen den Leistungserbringern und den Finanzierungsträgern kommen in einem solchen Modell u. a. Leistungsmengen aber auch die Qualität der Leistungen bzw. der Leistungserbringung *(pay for performance)* (s. Abschnitt 5.3.3) in Frage.

Zentraler Parameter eines solchen partiellen Preiswettbewerbs ist der Höchstpreis, der auf Landes- bzw. perspektivisch auf Bundesebene verhandelt wird. Dieser sollte sich am Durchschnitt der krankenhausindividuellen Basisfallwerte orientieren. Im Kontext eines Höchstpreissystems kann dann ein Abweichen vom Höchstwert auf Seite der Leistungserbringer auf freiwilliger Basis erfolgen. Das heißt, jedes Krankenhaus kann individuell darüber entscheiden, ob es die Leistungen zu einem niedrigeren Preis als dem Höchstpreis anbietet. Eine Verhandlung höherer Entgelte, wie im Richtpreissystem vorgesehen, wäre jedoch ausgeschlossen.

Krankenhäuser, die sich dazu entscheiden, bestimmte elektive Leistungen unter dem Höchstpreis anzubieten und ggf. bereit sind zusätzlich eine Preis-Mengenstaffel zu vereinbaren, können auf zusätzliche Mengen hoffen, von der sie nicht nur durch höhere Einnahmen, sondern auch durch zusätzliche Skaleneffekte und dem Ausbau der Marktposition profitierten. Krankenhäuser, die die betreffenden elektiven Leistungen nur zum Höchstpreis anbieten, werden hingegen Marktanteile verlieren und stellen damit perspektivisch einen Teil ihrer wirtschaftlichen Grundlagen in Frage. Diese Überlegungen verdeutlichen, dass ein gradueller Übergang zu einem Höchstpreismodell, wie es im Arzneimittelbereich (Festbeträge) bereits existiert, das Potential besitzt, die Krankenhausversorgung insgesamt günstiger zu machen bzw. bei gleichbleibendem Geldvolumen mehr Leistungen finanzieren zu können (Tuschen/Rau 2006).

Den Krankenkassen wird im Zuge dieser partiellen Öffnung des Festpreissystems das Recht eingeräumt, ihre Versicherten über entsprechend ausgestaltete Wahltarife in die Krankenhäuser zu lenken, mit denen sie für die betreffenden elektiven Leistungen Rabatte vereinbart haben. Dazu können die Krankenkassen Einsparungen, die sie durch die Auswahl bestimmter Krankenhäuser erzielen, im Rahmen von Wahltarifen an die Versicherten weiterreichen. Die so ausgelösten Mengenänderungen haben sich in den krankenhausindividuellen Verhandlungen niederzuschlagen. Parallel dazu könnte der Kassenwettbewerb sicherstellen, dass die Versicherten durch die Wahl ihres Tarifes über die Ausgestaltung der stationären Versorgungsstruktur mitentscheiden.

531. Vor dem Hintergrund, dass ein Höchstpreissystem auch weitreichende negative Wirkungen auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sowie auf die Qualität der Leistungserbringung haben kann, empfiehlt der Rat parallel zur partiellen Öffnung des Festpreissystems die Stärkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (s. Kapitel 5) und Sicherstellungszuschlägen (s. Ziffer 502ff.). Zudem sollen im Rahmen der Begleitforschung die Wirkungen des partiell eingeführten Höchstpreissystems auf die Effizienz sowie auf die Qualität der Versorgung analysiert werden. Im Falle erkennbarer Qualitäts- bzw. Zugangsprobleme bleibt so die Möglichkeit zur Gegensteuerung.

[156] Die 16 unterschiedlichen Landesbasisfallwerte haben sich in den vergangenen drei Jahren deutlich angenähert: Betrug die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landesbasisfallwert (vor Kappung) 2005 noch 450 € ist diese 2007 auf 287 € gesunken. Eine weitere Angleichung der Werte ist grundsätzlich zu befürworten, um gleiche Leistungen zukünftig auch bundeslandübergreifend vergüten zu können. Dabei kann ein bundeseinheitlicher Basisfallwert allerdings nur im Rahmen einer erneuten Konvergenzphase eingeführt werden.

532. Wie in allen Entgeltsystemen, in denen das Geld der Leistung folgt, besteht auch im Rahmen eines Höchstpreissystems ein vermehrter Anreiz zur Mengenausweitung. Nach Ansicht des Sachverständigenrats muss für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die besonders von induzierten Indikationsausweitungen betroffen sein könnten, das Instrument der Zweitmeinung zum Einsatz kommen (SG 1995, Ziffer 54). Solche Zweitmeinungen dürfen weder einen kassenseitigen Bias aufweisen, noch einen Bias der allzu nahen Kollegialität (Bundesärztekammer 2007). Es wird nicht möglich sein, flächendeckend alle in Frage kommenden Fälle und Indikationen durch Zweitmeinung zu erfassen. Daher sollte zunächst für wenige besonders kritische Beispiele erprobt werden, ob gemischt zusammengesetzte Kommissionen – analog zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern unter Einbeziehung von Pensionären und Emeriti – eine solche Aufgabe zufriedenstellend lösen können (vgl. Schumacher et al. 2007). Wie Daten des Gesundheitsmonitors zeigen, besteht in der Bevölkerung die Bereitschaft, für die Möglichkeit einer Zweitmeinung im Rahmen eines Versorgungsmodells zusätzlich ca. 80 Euro pro Jahr auszugeben (Becker/Zweifel 2007).

4.4 Fazit und Empfehlungen

4.4.1 Fazit

533. Das in Artikel 20 des Grundgesetzes verankerte Sozialstaatsprinzip ist die Basis der unverrückbaren Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, dass mit dem Auslaufen der Konvergenzphase des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) zum Ende des Jahres 2008 der ordnungspolitische Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen neu gestaltet werden soll. Dies nimmt der Sachverständigenrat zum Anlass, sich erneut mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

534. Seit vielen Jahren wird diskutiert, ob Krankenhausleistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich angeboten werden. Trotz Bettenabbau liegt Deutschland im internationalen Vergleich noch immer deutlich über dem europäischen Durchschnitt in der Bettendichte und Verweildauer. Die Bettenauslastung ist in den vergangenen Jahren weiter gesunken und lag im Jahr 2005 bei nur noch 75,6 %. Diese Zahlen deuten daraufhin, dass Überkapazitäten existieren. Parallel dazu ziehen sich die Länder immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück. Seit dem Jahr 1991 sind die bereinigten Kosten der Krankenhäuser nominal um rund 52 % gestiegen, während die Länder die öffentliche Investitionsförderung nach § 9 KHG um mehr als 25 % reduziert haben (Stand: 2006). Offenbar gelingt es der öffentlichen Hand kaum noch, die vorhandene Krankenhausstruktur mit ausreichend Investitionsmitteln zu versorgen.

Die zur gleichen Zeit beklagten Überkapazitäten und Investitionsdefizite legen den Schluss nahe, dass eine zielorientierte Steuerung des Krankenhauswesens bisher nur unzureichend gelungen ist. Das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips, das mit dem In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 eingeleitet wurde, war ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist es Bund und Ländern bisher nicht gelungen, auch die anderen zentralen Elemente des ordnungspolitischen Rahmens der Versorgung mit Krankenhausleistungen zu reformieren – die der Krankenhausplanung und der öffentlichen Investitionskostenförderung durch die Länder.

Krankenhäuser im Kontext des Fallpauschalensystems

535. In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten in den deutschen Krankenhäusern grundlegend verändert. Mit dem Ziel, eine leistungsgerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen zu erreichen, wurde die seit 1972 übliche Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze in mehreren Reformschritten von einem pauschalierenden, fallbezogenen und kostenhomogenen Finanzierungssystem abgelöst. Die Einführung des Fallpauschalensystems sollte dabei neben der Steigerung der Transparenz im Krankenhaussektor eine verbesserte Allokation der Finanzmittel innerhalb des Krankenhauses, aber auch zwischen den Krankenhäusern erreichen. Zudem zielte die Einführung von Fallpauschalen darauf ab, die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize zur nicht bedarfsgerechten Verlängerung der Verweildauer zu beseitigen und damit die Effizienz des Krankenhaussektors zu erhöhen.

Das G-DRG-System wurde als lernendes System konzipiert. Seine Einführung basiert auf den budgetneutral ausgestalteten Übergangsjahren 2003 und 2004 und der sich anschließenden Konvergenzphase. Diese erstreckt sich von 2005 bis 2008 und zielt darauf ab, ab 2009 grundsätzlich alle Krankenhausleistungen innerhalb eines Bundeslandes mit einem landeseinheitlichen Basisfallwert zu vergüten, so dass im Ergebnis gleiche Preise für vergleichbare Krankenhausleistungen bezahlt werden.

536. Die Einführung eines neuen, umfassenden Vergütungssystems stellte die zuständigen Akteure vor große Herausforderungen. Nachdem anfängliche Schwierigkeiten bei der Implementation und Weiterentwicklung des Systems überwunden werden konnten, rechnen inzwischen rund 1 770 Akutkliniken in Deutschland nach DRG-Fallpauschalen ab. Auch das Zusammenwirken der Akteure bei der Umsetzung des G-DRG-Systems hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Routine gewonnen. Insgesamt hat sich das System in den wenigen Jahren seit seiner Einführung durch große Anstrengungen seitens der Selbstverwaltung, des Ministeriums aber auch seitens der einzelnen Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten von einer Adaption des australischen DRG-Systems zu einem auf die deutsche Versorgungssituation angepassten eigenständigen Fallpauschalensystem entwickelt, das in dieser Breite und Tiefe im internationalen Vergleich einzigartig ist.

Im Rahmen des lernenden Systems hat das deutsche Fallpauschalensystem in den vergangenen Jahren eine immer größere Abbildungsgenauigkeit und Leistungsgerechtigkeit erreicht. Unter anderem ist dies darauf zurückzufüh-

ren, dass die Anzahl der DRGs seit Einführung des Katalogs um fast 40 % zugenommen hat und es gleichzeitig zu einer deutlich stärkeren Spreizung der Bewertungsrelationen gekommen ist. Auch dies ist ein Hinweis drauf, dass sich der zu Beginn der Einführungsphase immer wieder kritisierte Kompressionseffekt im G-DRG-System deutlich verringert hat, wodurch ursprünglich höherwertige Leistungen in der Abrechnung benachteiligt waren. Dass das aktuelle G-DRG-System eine trennschärfere Abbildung von Behandlungsleistungen ermöglicht als noch zu seiner Einführung 2003, zeigt sich auch am Ausmaß der Varianzreduktion (R^2), die den Anteil der Kostenstreuung misst: Hier erreicht das System – nach Ausschluss der Ausreißer – inzwischen einen bemerkenswerten Erklärungsgrad von über 80 %.

Neben den positiven Seiten zeigen sich bei der Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystem aber auch problematische Tendenzen: Hierzu zählt insbesondere die stark gestiegene Zahl der Zusatzentgelte. Diese vermindern die Abdeckungsquote des Systems, bieten ein Einfallstor für die Einzelleistungsvergütung bzw. Selbstkostendeckung in das pauschalierende System und setzen so erhebliche Anreize zur Mengenausweitung.

537. Fünf Jahre nach der Einführung des neuen Entgeltsystems sind noch keine abschließenden Aussagen zu den Wirkungen des G-DRG Systems möglich. Das liegt auch an der bisher noch nicht in zufriedenstellender Form erfolgten Umsetzung des Begleitforschungsauftrags durch die Selbstverwaltung. Dennoch kann festgehalten werden, dass sich die Zielparameter der Reform – Verweildauerverkürzung, Stärkung von Transparenz sowie Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung – positiv entwickelt haben. Ob dies auch für die Qualität der erbrachten Leistungen bzw. die Realisierung der gesundheitliche Outcomes gilt, bleibt angesichts bisher fehlender Evidenz offen.

Hinsichtlich der Transparenz haben die Dokumentations- und Kodiererfordernisse des G-DRG-Systems dazu geführt, dass Kosten- und Leistungsstrukturen der stationären Versorgungseinrichtungen transparenter geworden sind und dass mit den Daten nach § 21 KHEntgG Informationen zum stationären Leistungsgeschehen zur Verfügung stehen, die nicht nur eine vergleichende Positionsbestimmung *(benchmarking)* zwischen den Krankenhäusern erlauben, sondern bei kritischem Gebrauch auch einen wertvollen Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung bieten.

Im Hinblick auf die Verweildauern ist im Kontext des G-DRG-Systems insgesamt ein weiterer Rückgang jedoch keine Beschleunigung der Verweildauerverkürzung festzustellen. Hierbei dürfte eine zentrale Rolle gespielt haben, dass die mittlere Verweildauer in den ersten Jahren der G-DRG Einführung vergleichsweise hoch war, so dass jene Krankenhäuser, die bereits Verweildauerverkürzungen erreicht hatten, wegen der auf der Kalkulationsstichprobe basierenden hohen unteren Grenzverweildauern wenig Anreize zur weiteren Verweildauersenkung hatten. Hinzu kommt, dass durch die zunehmende Verlagerung von leichten stationären Fällen in den ambulanten Bereich viele Fälle mit einer unterdurchschnittlichen Verweildauer nicht mehr in die Verweildauerstatistik einbezogen wurden. Jenseits des generellen Trends gibt es jüngst allerdings auch Hinweise auf eine überdurchschnittlich starke Verweildauerreduktion bei den Fallpauschalen, die einen hohen Anteil an Verlegungen in den Rehabilitations- bzw. Pflegesektor aufweisen – vor allem im orthopädischen und kardiologischen Bereich. Perspektivisch ist auch auf der Basis von internationalen Evidenzen von einem weiteren Rückgang der Verweildauern auszugehen.

Aufgrund des im Kontext des G-DRG-Systems intensivierten Wettbewerbs der Krankenhäuser um Patienten haben die stationären Einrichtungen in den vergangenen Jahren große Anstrengungen im Hinblick auf die Verbesserung ihrer Wirtschaftlichkeit unternommen. Neben der Optimierung von Kostenstrukturen – beispielsweise durch horizontale Kooperationen im Rahmen von Einkaufsverbünden oder krankenhausübergreifenden Laboreinrichtungen – stand hierbei auch die Optimierung der Leistungserbringung im Fokus. Diese wurde u. a. durch eine stärkere Standardisierung von Arbeitsabläufen, eine Aufwertung des Aufnahmemanagements bzw. durch einen neuen Professionenmix im Krankenhaus erreicht. Zusätzlich zur Kostensenkung und der Optimierung interner Abläufe haben viele Krankenhäuser im Kontext des G-DRG-Systems ihre Wirtschaftlichkeit auch durch eine Veränderung ihres Leistungsspektrums verbessert. Hier zeigen sich vor allem drei Trends: Erstens die Reorganisation der Behandlungsabläufe (z. B. c*linical pathways*), zweitens die zunehmende Spezialisierung des Leistungsspektrums, v. a. durch eine Konzentration auf die Kernkompetenzen des jeweiligen Krankenhauses, und drittens ein Trend zur zunehmenden Betonung von Qualitätsaspekten. Allerdings dokumentiert das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP), in dem Ärzte und Pflegepersonen sowie Patienten zur Einführung der Fallpauschalen befragt werden, auch massive Befürchtungen bezüglich der Auswirkungen der G-DRGs auf die Arbeitssituation im Krankenhaus und die Qualität der Versorgung.

Investitionskostenfinanzierung

538. Seit dem Jahr 1972 werden zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser deren Investitionskosten über öffentliche Fördermittel der Länder und die Betriebskosten durch die Krankenkassen finanziert (duale Finanzierung). Dem liegt die Idee zu Grunde, dass für die Errichtung und Modernisierung der Krankenhäuser die öffentliche Hand zuständig sei und nur die Inanspruchnahme durch die Patienten von deren Krankenversicherung getragen werden soll. Mit Hilfe der öffentlichen Förderung der Investitionskosten von Krankenhäusern ist es wiederholt gelungen, einen Investitionsstau zu überwinden und Krankenhäuser dem aktuellen Stand der medizinisch-technischen Möglichkeiten anzupassen.

539. Demgegenüber sind folgende Mängel der dualen Finanzierung anzuführen: Hauptursachen für die Überkapazitäten und die vermutete Unwirtschaftlichkeit waren

in erster Linie die bettenorientierte Krankenhausplanung in Verbindung mit dem Selbstkostendeckungsprinzip sowie die Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze. Der Übergang zu leistungsorientierten Fallpauschalen hat bereits in der Konvergenzphase zu einer deutlichen Veränderung der Anreize geführt, die eine wirtschaftlichere Leistungserstellung induzieren. Die öffentliche Investitionskostenförderung, insbesondere die Einzelförderung, bedingt allerdings eine externe Bürokratisierung der Investitionsentscheidungen von Krankenhausträgern. In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Umfeld ist es für die Krankenhausträger wichtig, schnell und selbstbestimmt über notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen entscheiden zu können. In Verbindung mit der Krankenhausplanung der Länder hat die öffentliche Investitionskostenförderung auch zur vielbeklagten Abschottung der Sektoren im deutschen Gesundheitswesen beigetragen, da die ambulante und die stationäre Versorgung jeweils von unterschiedlichen Institutionen gesteuert werden. Zudem werden die Allokationsentscheidungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung beeinflusst: Während in der ambulanten Versorgung die Investitionen der Leistungserbringer vollständig aus der Vergütung der Krankenkassen finanziert werden müssen, tragen die Krankenkassen in der stationären Versorgung nur die Betriebskosten. Die relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden somit tendenziell verzerrt. Im Zusammenhang mit der öffentlichen Investitionsförderung wird auch sachfremde Einflussnahme auf die Bewilligung von Investitionen der Krankenhäuser beklagt. Nicht nur die bauliche Substanz oder der Versorgungsauftrag würden über die Höhe der Investitionsförderung entscheiden, sondern auch Verhandlungsgeschick der Krankenhausträger und gute Kontakte zu politischen Entscheidungsträgern. Die Länder ziehen sich überdies immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück, wodurch sich faktisch die Krankenhausfinanzierung schleichend zu einer Monistik entwickelt.

Privatisierungstendenzen und Wettbewerb

540. In den letzten Jahren zeichnet sich neben der Schließung und der Fusion von Krankenhäusern in der deutschen Krankenhauslandschaft auch ein Trend zur zunehmenden materiellen Privatisierung von Krankenhäusern ab: Seit Anfang der 1990er hat sich der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft von 14,8 % auf 26 % erhöht, während der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0 % auf 35,1 % und der der freigemeinnützigen von 39,1 % auf 38,6 % zurückgegangen ist. Zwar wird dieses Bild dadurch relativiert, dass im Jahr 2005 noch immer über die Hälfte aller Betten in öffentlicher und nur rund 11 % in privater Trägerschaft waren; aber auch im Bereich der Betten ist die Verschiebung im Trägermix klar erkennbar. Dabei wird der Trend zur materiellen Privatisierung, der zuletzt auch die Universitätskliniken erfasst hat, von einem Trend zu formellen Privatisierungen komplettiert. So ist die Anzahl der rechtlich unselbstständigen öffentlichen Krankenhäuser (z. B. Eigen- oder Regiebetriebe) in den letzten Jahren stetig zurückgegangen, während gleichzeitig die öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form (z. B. GmbH/gGmbH) zugenommen haben.

541. Die beschriebene Tendenz zur Privatisierung von stationären Einrichtungen wird von einer Zunahme bei den Zusammenschlüssen von Krankenhäusern begleitet. Diese Entwicklung beschränkt sich keinesfalls auf die privaten Einrichtungen, sondern kann ebenso bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern beobachtet werden. Dennoch ist der Trend zur Kettenbildung, d. h. zum Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser unter einem gemeinsamen Dach, derzeit bei der Betrachtung des privaten Sektors am offensichtlichsten.

542. Neben Privatisierung und Kettenbildung ist ein Hauptmerkmal der jüngsten Veränderungen der deutschen Krankenhauslandschaft der zunehmende Wettbewerb zwischen den Häusern. Diese konkurrieren vor dem Hintergrund von Überkapazitäten, sinkender Verweildauern und der Vergütung durch Fallpauschalen zunehmend um Patienten. Diese Verstärkung des Wettbewerbs führt zusammen mit den oben beschriebenen Trends u. a. auch dazu, dass das Kartell- und Wettbewerbsrecht einen größeren Stellenwert im deutschen Kliniksektor einnimmt. Dies gilt insbesondere seit den ersten Untersagungen von Krankenhausfusionen durch das Bundeskartellamt, das im Laufe der vergangenen zwei Jahre den Erwerb der Kreiskrankenhäuser in Neustadt und Mellrichstadt bzw. Eisenhüttenstadt durch die Rhön-Kliniken AG, sowie den Erwerb des Kreiskrankenhaus Wolgast durch das Universitätsklinikum Greifswald untersagt hat. Es ist davon auszugehen, dass sich Privatisierung, Kettenbildung und Wettbewerb im Krankenhaussektor in der auslaufenden Konvergenzphase und darüber hinaus fortsetzen bzw. verstärken werden – wenngleich die Prognosen über die Anzahl der Krankenhausschließungen, die konkreten Veränderungen der Trägerstruktur und den weiteren Konzentrationsprozess im Detail zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Auf Basis der verstärkten Reformbemühungen und Anstrengungen seitens der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger ist jedoch nicht zu erwarten, dass die beobachtbare Zunahme privater Krankenhausträger zu einer vollständigen Privatisierung der deutschen Krankenhauslandschaft führen wird. Auch die Entwicklungen in den USA legen den Schluss nahe, dass freigemeinnützige und öffentliche Kliniken weiterhin eine zentrale Rolle in der stationären Versorgung spielen werden.

4.4.2 Empfehlungen zum Krankenhauswesen

Von der Detailplanung zur Rahmenplanung

543. Die Krankenhausplanung der Länder wird zunehmend von den Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft überholt. Während sich die Länder aus der Investitionskostenförderung weiter zurückziehen, erlauben die Überschussmöglichkeiten des G-DRG-Systems und der anhaltende Privatisierungstrend den Krankenhäusern, eigenständige Investitionsvorhaben zu verwirklichen. Gleichzeitig trägt das selektive Kontrahieren im Rahmen der integrierten Versorgung dazu bei, dass verstärkt auf

der Mikroebene zwischen Kostenträger und Leistungserbringer über die Bereitstellung und Finanzierung der Krankenhausleistungen verhandelt wird. Dieser Trend zu einer dezentralen Koordination zwischen den Leistungserbringern, Krankenkassen und der Nachfrage der Patienten ist politisch gewollt und Ausdruck eines gewandelten Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat weniger eine Erfüllungsverantwortung als vielmehr eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt. An die Stelle einer detaillierten Angebotsplanung und -finanzierung im Rahmen der Einzel- und Pauschalförderung durch die Länder tritt eine Krankenhaus-Rahmenplanung, die den Krankenhäusern weitgehende Autonomie gestattet, aber gleichzeitig einen ordnungspolitischen Rahmen setzt, der die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen sicherstellt. Für zukünftige Krankenhausplanung müssen die für die Überwachung des Versorgungsgeschehens erforderlichen Daten zur Verfügung stehen.

544. Die Krankenhausplanung ist Aufgabe der Bundesländer und wird in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen näher geregelt, wodurch den Ländern ein großer Spielraum verbleibt. Mittlerweile sind einige Bundesländer nach eigenen Angaben zu einer Rahmenplanung übergegangen. Auch in Zukunft wird sich die Krankenhausplanung der Länder eher graduell weiterentwickeln. Insofern sollten die Empfehlungen des Rates als eine Perspektive verstanden werden, an der sich die Länder orientieren können. Folgende Prämissen liegen den Empfehlungen zu Grunde:

– Das G-DRG-System wird nach dem Ablauf der Konvergenzphase als ein Festpreis- oder Höchstpreissystem mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert weitergeführt. Dadurch wird ein leistungsorientiertes Entgeltsystem in der stationären Versorgung umgesetzt, das den Krankenhäusern erlaubt, entsprechend der eigenen Kostenstruktur Überschüsse zu erzielen. (s. Ziffer 561ff.)

– Die duale Finanzierung der Investitionskosten wird zugunsten einer monistischen Finanzierung aufgegeben, wodurch die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, autonom über ihre Investitionen zu entscheiden. (s. Ziffer 558ff.)

– Die integrierte Versorgung – und damit auch das selektive Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen – entwickelt sich zu einem wesentlichen Bestandteil der Regelversorgung. (s. Kapitel 3)

545. Die Gewährleistungsverantwortung des Staates sollte sich in Zukunft nicht mehr in einer Angebotsplanung sondern in einem Angebotsmonitoring ausdrücken. Das primäre Ziel des Angebotsmonitoring durch die Bundesländer muss es sein, Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu vermeiden. Dagegen kann ein Überangebot im Allgemeinen toleriert werden; denn im Rahmen eines einheitlichen, leistungsorientierten Fallpauschalensystems, in dem auch die Investitionskostenbestandteile enthalten sind, wird die Versichertengemeinschaft nicht durch eine doppelte Vorhaltung zusätzlich belastet, wenn der ‚Preis‘ für die Erbringung der Leistungen wie in einem Festpreissystem überall identisch ist. Dabei ist es die Aufgabe von Krankenkassen und Ärztekammern, einer möglicherweise nicht medizinisch indizierten Ausweitung der Fallzahlen entgegenzuwirken.

546. Drei zentrale Elemente sollte eine Krankenhaus-Rahmenplanung umfassen:

1. Die Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse,

2. das Monitoring der Versorgungsstrukturen bezüglich der Kapazitäten, des Zugangs und der Qualität der erbrachten Leistungen, und

3. die Regulation und Sicherung der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Falle einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung.

547. *Zulassung:* In einem leistungsorientierten Fallpauschalensystem, in dem die Investitionskosten enthalten sind, bedarf es für die Krankenhausplanung keiner Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit mehr, da das Risiko einer mangelnden Nachfrage auf die Leistungserbringer übergeht. Daher sollte auch das Zulassungsverfahren für Krankenhäuser geändert werden, die an der Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnehmen wollen. Es wäre dann nur noch notwendig sicherzustellen, dass das Krankenhaus in der Lage ist, stationäre Leistungen mit ausreichender Qualität und insbesondere Sicherheit zu erbringen. Gleichzeitig kann die Zulassung an Vorgaben geknüpft werden, die dazu beitragen, dass die Länder auch in Zukunft einen gestalterischen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen ausüben können – beispielsweise durch Offenlegungspflichten.

548. Mit der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips und dem Übergang zu einer fallpauschalierten Vergütung stationärer Leistungen haben sich die ökonomischen Anreize für die Krankenhäuser grundlegend verändert. In Zukunft muss ein Krankenhaus daran interessiert sein, ein möglichst großes Einzugsgebiet abzudecken, um effizient arbeiten zu können. Gleichzeitig fördert die Mindestmengenregelung eine Schwerpunktbildung unter den Krankenhäusern. Aufgrund dieser Anreize muss mit einer Zentralisierung der Krankenhausstruktur gerechnet werden, die die Qualität der erbrachten Leistungen steigern kann, aber gleichzeitig den Zugang der Versicherten tendenziell erschwert. Eine Unterversorgung mit stationären Leistungen kann sich folglich in drei Dimensionen ausdrücken: in zu knapp bemessenen Kapazitäten, in einer unzumutbaren Entfernung des Angebots (Zugang) und in einer zu geringen Qualität der erbrachten Leistungen.

549. *Monitoring der Kapazitäten:* Mögliche Bettendefizite werden in erster Näherung angezeigt, wenn neu aufgenommene Patienten einen oder mehrere Tage nur provisorisch in Betten oder Liegen auf den Gängen eines Krankenhauses untergebracht werden. Mit Hilfe von Patientenbefragungen ließen sich solche Umstände kontrollieren. Auch die Wartezeiten für elektive Behandlungen sowie die Wiederaufnahmeraten mit gleicher Diagnose geben weitere Hinweise auf eine Unterversorgung. Da die Kapazitäten zur Erbringung von stationären Leistungen kurzfristig nicht geändert werden können, ist es notwendig, schon vorab Prognosen zur Entwicklung der Bevöl-

kerungsdichte und der Morbidität zu erstellen. Der Rat empfiehlt weiterhin funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen. Die Methoden für solche Prognosen werden ständig weiterentwickelt und finden in unterschiedlichem Maße bereits heute Eingang in die Krankenhausplanung der Länder. Der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, geht einher mit der Gefahr, dass Krankenhausträger einige ihrer Standorte schließen müssen. Aus diesem Grunde wird es für das Monitoring der Länder wichtig sein, die Folgen von Krankenhausschließungen für das Versorgungsgeschehen im Detail abzuschätzen. Der Rat empfiehlt daher Konzepte für einen Soll/Ist-Vergleich der Krankenhausversorgung zu entwickelt, die die Daten über die Krankenhausversorgung, die Bevölkerungsverteilung, die geographischen Bedingungen sowie die Rahmenbedingungen wie Mindestmengenvorgaben und notfallmedizinische Leitlinien berücksichtigen. Der Rat empfiehlt, diese Daten in Zukunft sorgfältig mit den Methoden der Versorgungsforschung zu beobachten. Es darf der richtige Zeitpunkt für eine Gegensteuerung nicht verpasst werden, da die Gefahr besteht, dass die Bettenzahlen in Deutschland in einigen Regionen möglicherweise zu schnell oder zu weit absinken.

550. *Monitoring des Zugangs:* Die Formulierung eines speziellen Indikators ‚Zugang zu Gesundheitsleistungen' könnte in Zukunft als Element der Krankenhaus-Rahmenplanung von den Ländern und von regionalen Krankenhaus-Konferenzen zusammen mit dem Mindestmengenindikator verwendet werden. International werden Zugangsindikatoren bereits verwendet. Der Indikator sollte folgenden Anforderungen gerecht werden:

– Er wird in erster Linie in seiner geographischen Dimension verwendet, wobei die Entfernung vom Wohnort bis zum Behandlungsort einer Fahrtzeit entspricht, welche die lokalen Verkehrsgegebenheiten berücksichtigen muss.
– Notfall- und Elektivindikationen werden unterschieden, weiterhin akute (z. B. Herzinfarkt) und chronische (z. B. chronische Herzinsuffizienz) Erkrankungen.
– Der Indikator ‚Zugang' wird stellvertretend für einzelne Erkrankungen und Eingriffe (*tracer*) dargestellt.
– Der Indikator soll Gegebenheiten der Strukturpolitik berücksichtigen – z. B. regionale Zentren zur Kompetenzbündelung,
– und Konkurrenz zulassen, etwa indem die Entfernung zu einem zweiten Behandlungsort berücksichtigt wird, sodass keine Monopole entstehen.

551. *Monitoring der Qualität:* Um neben den Kapazitäten und dem Zugang auch die Qualität der Versorgung sicherzustellen, empfiehlt der Rat, ergänzend zu den auf die Leistungserbringer gerichteten institutionellen Indikatoren auch *area*-Indikatoren zu berücksichtigen, die die Gesamtversorgung in einer Region beschreiben. Dabei sollte eine transsektorale Perspektive eingenommen werden. Die *area*-Indikatoren können in drei Gruppen eingeteilt werden, die die Inanspruchnahme von Leistungen, die Einweisungsrate ins Krankenhaus und die Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) betreffen. Besonders geeignet sind Indikatoren, die die Qualität der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektor gut beschreiben, wie die Einweisungsrate von Asthma-Patienten oder die Einweisung von Patienten mit bakterieller Pneumokokken-Pneumonie bei nicht flächendeckend durchgeführten Impfungen. Durch die ‚fachlich unabhängige Institution' nach § 137a SGB V sollten Indikatoren identifiziert werden, die für Deutschland reliabel zu erheben und valide in ihrer Aussage sind.

552. *Regulation und Sicherung:* Um bei einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung die stationäre Versorgung sicherzustellen, bieten sich den Ländern mehrere Instrumente an. Die Länder können die Landesgesundheitskonferenzen als Plattform nutzen, um die Ziele der Krankenhaus-Rahmenplanung gemeinsam mit den Akteuren des Krankenhauswesens zu diskutieren. Um bedarfsnotwendige stationäre Leistungen in einigen Regionen aufrechtzuerhalten, in denen sie nicht kostendeckend angeboten werden können, sind in angemessener Schnelligkeit Sicherstellungszuschläge durch die Krankenkassen oder eine Defizitfinanzierung durch staatliche Gebietskörperschaften zu gewähren. Der Rat empfiehlt, Sicherstellungszuschläge nur auf der Basis von bundeseinheitlichen Vorgaben zu vergeben, während die Defizitfinanzierung im Ermessen der Länder liegt.

553. Jenseits des sich gerade in den letzten Jahren beschleunigenden Trägerwandels in der deutschen Krankenhauslandschaft ist die Trägerpluralität gesellschaftspolitisch wünschenswert und sollte daher bestehen bleiben. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse US-amerikanischer Forschung zu den Effekten der Trägerschaft auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung im Krankenhaus hält der Sachverständigenrat eine Begleitforschung zu diesem Bereich auch in Deutschland für dringend erforderlich.

554. Was passiert, wenn der Träger eines Krankenhauses seinen Pflichten in der Krankenversorgung ökonomisch oder qualitätsmäßig nicht (mehr) nachkommt? Die Länder sollten für diesen Fall über ausreichend Sanktionsmöglichkeiten verfügen, um zentrale Elemente des Krankenhaus-Rahmenplans, insbesondere in der Notfallversorgung, durchsetzen zu können. Die Sanktionen könnten von einfachen Bußgeldern bis hin zum Entzug der Zulassung bzw. der Ausübung des Heimfallrechts reichen, wenn fundamentale Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben wiederholt missachtet werden.

555. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern und den Bestrebungen auch im Krankenhaussektor zu einer stärker wettbewerblich orientierten Struktur zu gelangen, ist es zentral, dass bereits heute dafür Sorge getragen wird, dass hier keine marktbeherrschenden Stellungen auf Seite der Leistungserbringer entstehen. Diese könnten, wie u. a. die Evidenz aus dem US-amerikanischen Kontext zeigt, mittel- und langfristig dem Bemühen des Gesetzgebers um eine Effizienzsteigerung im Krankenhaussektor entgegenstehen. Aus diesem Grund befürwortet der Rat eine konsequente Anwendung der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor.

Exkurs: Anforderungen an das Rettungswesen und die Notfallversorgung

556. Das Rettungswesen und die Notfallversorgung werden auch in Zukunft zentral koordiniert werden müssen. Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2003, Kap. 6.4 ausführlich zum Rettungswesen Stellung genommen und die Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung im Rahmen der ‚Rettungskette' als eine der zentralen Krankenhausfunktionen angeführt, die er für modular zusammensetzbar hielt. Seither gibt es einige positive Veränderungen. Insgesamt wurde aber den Empfehlungen des Rats bisher nur vereinzelt nachgekommen.

Es besteht weiterhin Bedarf an Notfallpraxen, die besonders tagsüber den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst entlasten könnten. Integrierte Leitstellen wurden bisher kaum eingerichtet und eine einheitliche Notrufnummer 112 als zentraler Anlaufpunkt für alle medizinischen Notfälle ist immer noch nicht flächendeckend eingeführt.

557. Um die Anforderungen an die räumliche Verteilung der Standorte zur Notfallversorgung zu definieren, ist das Konzept der ‚Hilfsfrist' bzw. des ‚therapiefreien Intervalls' zu dem Begriff der *golden hour* weiterentwickelt worden. Dabei geht es vor allem um eine Normierung der Strukturen, Prozesse und der Ergebnisqualität in der Notfallversorgung:

Nach spätestens zwei- bzw. zwölfminütiger Hilfsfrist (Laien) wird ein Rettungsassistent vor Ort erwartet. Spätestens nach 20 Minuten hat die Versorgung durch den Notarzt zu beginnen; nach maximal einer Stunde, der *golden hour*, müsste der Patient in einem Krankenhaus angekommen sein, das mindestens in der Lage ist, seinen Zustand weiter zu stabilisieren und ihn, falls erforderlich, möglichst mit orientierender Diagnose zur spezielleren Behandlung weiterzuverlegen. Für die Zweitversorgung von Notfällen in Schwerpunktkrankenhäusern sind weitere Wege für den leidlich stabilisierten Notfallpatienten angesichts der heutigen Transporttechnik kaum mit gesteigerten Risiken verbunden.

Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung

558. Die Gefahr einer schleichenden Monistik ohne entsprechenden gesetzlichen Rahmen liegt darin, dass die Krankenkassen sich nicht verantwortlich fühlen und die Bundesländer nicht mehr fähig oder willens sind, die vorhandene Krankenhauslandschaft mit ausreichend Investitionskapital auszustatten. Ähnlich wie vor dem Jahr 1972 müssten die Krankenhausträger ihre Investitionskosten zum Teil selbst finanzieren, wozu nur wenige in der Lage sein dürften – ein weiterer Verfall des Bauzustands einzelner Krankenhäuser könnte die Folge sein. Daher spricht sich der Rat wiederholt dafür aus, zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung überzugehen und so eine verlässliche Investitionskostenförderung sicherzustellen, die zugleich zielgerichtete Anreize entfaltet.

559. Der Rat empfiehlt, die Vergabe der Investitionsmittel im Rahmen einer monistischen Finanzierung direkt an die DRGs zu koppeln. Dabei sollte von der Selbstverwaltung geprüft werden, ob ein funktionaler Zuschlag, der sich an dem Investitionsbedarf in der jeweiligen Fallgruppe orientiert, mit vertretbarer Komplexität ermittelt werden kann. Andernfalls sollte ein prozentualer Zuschlag gewählt werden, der in Einzelfällen um zusätzliche Aufschläge ergänzt wird, die einen besonderen Investitionsbedarf decken helfen. Die Ermittlung des Volumens der Investitionskostenzuschläge sollte in einem strukturierten Dialog zwischen Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen, der Länder und des Bundes erfolgen.

Die Investitionskostenzuschläge sollen den Krankenhäusern weitestgehend zur freien Verfügung stehen. Die Länder sollten jedoch im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Krankenhäuser verpflichten können, bestimmte Leistungen wie z. B. die Notfallversorgung vorzuhalten. Außerdem sollen die Investitionskostenzuschläge zweckgebunden für Investitionen und nicht für die Defizitdeckung gewährt werden. Dabei wird der Investitionsbegriff ähnlich wie bereits heute im KHG definiert und die bereits von den Krankenkassen finanzierten Instandhaltungskosten einbezogen. Die Übernahme von anderen Krankenhäusern sollte dagegen nicht aus der Investitionskostenförderung finanziert werden dürfen.

Exkurs: Ein mögliches Szenario zum Übergang auf die Monistik

560. Die zusätzlichen Lasten für die GKV und PKV, die sich durch die Zuschläge auf die DRGs ergeben, werden gemischt von Ländern, Bund, den Krankenkassen und den Krankenhäusern finanziert, um einen Anstieg der Beitragssätze möglichst zu vermeiden:

Die bisherige Pauschalförderung wird anteilig nach der Bevölkerungszahl von den Bundesländern in den geplanten Gesundheitsfonds als dauerhafter Steuerzuschuss eingezahlt.

In einer Übergangsphase von mehreren Jahren verfolgen die Bundesländer ihre Investitionsprogramme der Einzelförderung weiter und finanzieren diese voll, mit dem Ziel die Krankenhäuser, die aufgrund ihres Bauzustands einen erheblichen Wettbewerbsnachteil zu befürchten haben, den anderen Häusern gleichzustellen. Nach der Übergangsphase verwenden die Bundesländer einen angemessenen Teil der bisherigen Einzelförderung zur Sicherung der Notfallversorgung und zur Abwehr von Unterversorgung.

Um den Reformstau bei der Investitionskostenfinanzierung aufzulösen, beteiligt sich der Bund wie bei der Einführung der Dualistik und nach der deutschen Einheit in den neuen Bundesländern an der Finanzierung der Investitionskosten.

Ein Teil der Investitionskosten übernehmen die Krankenkassen, da durch die erhoffte höhere Effizienz im Krankenhaussektor mittelfristig die Betriebskosten sinken.

Die Krankenhäuser verzichten im Gegenzug für die höhere Investitionssicherheit, Autonomie und Flexibilität auf die Forderung, dass der Investitionsstau vollständig nachfinanziert werden muss.

Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystems

561. Nach Auslaufen der Konvergenzphase muss der zukünftige Rahmen des G-DRG-Systems neu festgelegt werden. Ausgehend von der aktuellen Gestaltung des Fallpauschalensystems spricht sich der Rat dafür aus, das G-DRG-System zunächst als Festpreissystem weiterzuentwickeln. Da bei einem Vergütungssystem auf der Basis von Festpreisen für Krankenhäuser, die effizient organisiert sind und ein Selbstkostenniveau unter dem jeweiligen Festpreis haben, wenig Motivation besteht, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und Festpreise somit zu einer ineffizienten Überzahlung führen können, sollte das G-DRG-System jedoch partiell auch für den Preiswettbewerb geöffnet werden. Der Rat schlägt daher in Ergänzung des Festpreissystems eine partielle Höchstpreislösung vor.

562. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll es für den Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser zunächst bei einem Festpreissystem auf Basis des Landesbasisfallwerts bleiben, ebenso wie bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang. Ein Höchstpreissystem, das auf selektiven Verträgen zwischen den Finanzierungsträgern und den Krankenhäusern basiert, soll zunächst lediglich für Bereiche der elektiven Krankenhausleistungen implementiert werden. Für den Bereich der integrierten Versorgung soll der bisherige Ansatz, der auf selektiven Verträgen beruht und bereits Rabatte zulässt, beibehalten werden. Ein erster Ausgangspunkt für das, auf der individuellen Ebene zu verhandelnde elektive Leistungsspektrum können dabei die elektiven Leistungen des Fallpauschalenkatalogs der Bundespflegesatzverordnung 1995 sein. Der Rat stützt seine Empfehlung, diesen Sektor des Leistungsspektrums für ein Höchstpreissystem vorzusehen, auf die Tatsache, dass für den Bereich der ehemaligen Fallpauschalen die längsten und ausführlichsten Erfahrungen in der Einschätzung von gewünschten sowie unerwünschten Anreizeffekten in der Qualitätssicherung vorliegen.

Sofern die anzustrengende Begleitforschung zeigt, dass sich das Höchstpreissystem für elektive Leistungen unter Kosten- und Qualitätsaspekten sowie unter dem Aspekt der Transaktionskostenproblematik bewährt, soll das skizzierte System auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt werden. Dabei ist aufgrund des spezifischen Charakters der Notfallleistungen davon auszugehen, dass diese Leistungen auch mittelfristig nicht sinnvoll in den Rahmen selektiver Verträge übernommen werden können, so dass es hier bei einem kollektivvertraglichen Rahmen bleiben wird.

Den Krankenkassen wird im Zuge dieser partiellen Öffnung des Festpreissystems das Recht eingeräumt, ihre Versicherten über entsprechend ausgestaltete Wahltarife in die Krankenhäuser zu lenken, mit denen sie für die betreffenden elektiven Leistungen Rabatte vereinbart haben. Dazu können die Krankenkassen Einsparungen, die sie durch die Auswahl bestimmter Krankenhäuser erzielen, im Rahmen von Wahltarifen an die Versicherten weiterreichen.

563. Vor dem Hintergrund, dass ein Höchstpreissystem auch weitreichende negative Wirkungen auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, sowie auf die Qualität der Leistungserbringung haben kann, empfiehlt der Rat parallel zur graduellen Einführung eines Höchstpreissystems die Stärkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Sicherstellungszuschlägen. Zudem sollen im Rahmen der Begleitforschung die Wirkungen des partiell eingeführten Höchstpreissystems auf die Effizienz sowie auf die Qualität der Versorgung analysiert werden. Im Falle erkennbarer Qualitäts- bzw. Zugangsprobleme bleibt so die Möglichkeit zur Gegensteuerung.

564. Jenseits der perspektivischen Gestaltung des deutschen Fallpauschalensystems ab 2009 bedarf auch das bisherige Fallpauschalensystem einer immanenten Weiterentwicklung. Da der Auftrag zur Begleitforschung trotz seiner gesetzlichen Verankerung in § 17b Abs. 8 KHG von den verantwortlichen Akteuren der Selbstverwaltung bisher nicht ausreichend umgesetzt wurde, empfiehlt der Rat hier zunächst eine unverzügliche Ausschreibungen der Forschungsaufträge gemäß § 17b Abs. 8 S. 2 KHG – im Zweifel per Ersatzvornahme durch das Ministerium. Nur durch unabhängige Begleitforschung kann festgestellt werden, ob der Versorgungsauftrag unter Wahrung der Qualität erfüllt wird. Die inhaltliche Umsetzung des Begleitforschungsauftrags darf sich dabei nicht auf die Auswertung der nach § 21 KHEntgG übermittelten Routinedaten beschränken, da z. B. Schnittstellenprobleme mittels dieser Daten nicht hinreichend abgebildet werden können. Des Weiteren wäre eine Beschränkung auf quantitative Forschung auch deshalb unzureichend, weil nur über ergänzende qualitative Studien die Komplexität der durch das Entgeltsystem initiierten Veränderungen von Versorgungsstrukturen und -qualität hinreichend erfasst werden kann.

565. Im Rahmen der Versorgungsforschung sollte weiterhin auch die Entwicklung der Übergänge von Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sowie zwischen stationärer Versorgung und Rehabilitation bzw. Pflege analysiert werden. Hierbei ist unter anderem die Frage zu klären, welche Auswirkungen der im Kontext des G-DRG Systems immer wieder beschriebene zu frühe Übergang von der stationären Versorgung in die Rehabilitation bzw. Pflege auf die Qualität bzw. auf die Gesamtkosten der Versorgung hat. Aufgrund der wachsenden Bedeutung von prä- und poststationärer Diagnostik bzw. Versorgung sowie der allgemeinen Tendenz fragmentierter Behandlung bzw. Behandlungsabläufe besteht zudem dringender Forschungsbedarf im Hinblick auf die Wirkung dieser Entwicklung auf die Qualität der Patientenversorgung und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

566. Außerdem spricht sich der Rat dafür aus zu prüfen, welcher Wettbewerbsnachteil Krankenhäusern aus der Tatsache erwächst, dass sie sich überdurchschnittlich stark an der Weiterbildung von Ärzten beteiligen. Für den Fall, dass Wettbewerbsnachteile bestehen, sind angemes-

sene Zuschläge, beispielsweise im Zuge einer ausgleichenden Fondslösung – analog zum Ausbildungsfonds – in Betracht zu ziehen.

567. Schließlich sollte bei der Weiterentwicklung des DRG-Katalogs darauf geachtet werden, dass der pauschalierende Charakter des G-DRG-Systems erhalten bleibt und somit die Anreize einer Einzelleistungsvergütung begrenzt bleiben. Dies setzt unter anderem besondere Sorgfalt bei der Einführung weiterer Zusatzentgelte voraus. Zudem sollte die Balance zwischen der weiteren Verbesserung der ökonomischen Homogenität und einer stetig voranschreitenden Komplexität des Fallpauschalenkatalogs gewahrt bleiben.

568. Wie in allen Entgeltsystemen, in denen Geld der Leistung folgt, besteht auch im Rahmen eines Höchstpreissystems ein Anreiz zur Mengenausweitung. Nach Ansicht des Sachverständigenrats muss für diagnostische und therapeutische Maßnahmen die besonders von induzierten Indikationsausweitungen betroffen sein könnten, das Instrument der Zweitmeinung zum Einsatz kommen. Solche Zweitmeinungen dürfen weder einen kassenseitigen Bias aufweisen, noch dem Bias der allzu nahen Kollegialität ausgesetzt werden. Es wird nicht möglich sein, flächendeckend alle in Frage kommenden Fälle und Indikationen durch Zweitmeinung zu erfassen. Daher sollte zunächst für wenige besonders kritische Beispiele erprobt werden, ob gemischt zusammengesetzte Kommissionen – analog zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern unter Einbeziehung von Pensionären und Emeriti – eine solche Aufgabe zufriedenstellend lösen können.

4.5 Literatur

AG Polytrauma DGU (2006): Jahresbericht 2006, Arbeitsgruppe Polytrauma der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) (Hrsg.).

AHRQ (2007): Inpatient Quality Indicators: Version 3.1., Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Hrsg.), online verfügbar unter http://www.qualityindicators.ahrq.gov/iqi_download.htm (Stand 11.06.2007).

Albrecht, M.D., Töpfer, A. (Hrsg.) (2006): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus: 15 Punkte Sofortprogramm für Kliniken, Heidelberg.

Altemeyer, K.-H. und Schindler, K. (2007): Notfallversorgung der Bevölkerung. Veranstaltung vom 02.02.2007, aus der Reihe „Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung in Deutschland“, Günzburg, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement des Klinikum der Universität München (Hrsg.).

AOK Bundesverband, FEISA (Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt), Helios und WIdO (2007): Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR), Abschlussbericht, Bonn.

AOLG (2004): 1. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen 2004: Ergebnis einer Länderumfrage bei den Trägern der Krankenhäuser im Juli/August 2004, Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen (Hrsg.), Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

AOLG (2006): Zukunft der Krankenhausversorgung: Bericht und Ergänzender Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen (Hrsg.), Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

Audebert, H., Haberl, R., Hacke, W., Handschuh, R., Schenkel, J., Scibor, M., Schleyer, A., Siebler, M., Vatankhah, B., Wiborg, A. und Widder, B. (2007): Telemedizin in der akuten Schlaganfallversorgung. Eine Standortbestimmung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 132: 431–436.

Augurzky, B. (2006): Effizienzsteigerung durch Schließen von Kliniken? Die Ersatzkasse, 5: 182–183.

Augurzky, B. (2007a): Krankenhaus Rating Report 2007: Die Spreu trennt sich vom Weizen. Die Ersatzkasse 3: 106–109.

Augurzky, B. (2007b): Die Krankenhausfinanzierung ist keine heilige Kuh: Optionen zur Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung. Krankenhaus Umschau 3: 186–188.

Augurzky, B., Engel, D., Krolop, S., Schmidt, C. M., Schmitz, H., Schwierz, C. und Terkatz, S. (2007): Krankenhaus Rating Report 2007: Die Spreu trennt sich vom Weizen, RWI Materialien, 32, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (Hrsg.), Essen.

Ayanian, J. Z., Weissman, J. S., Schneider, E. C., Ginsburg, J. A. und Zaslavsky, A. M. (2000): Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. Journal of the American Medical Association 284: 2061–2069.

Bartholomeyczik, S. (2007): Reparaturbetrieb Krankenhaus. Dr. med. Mabuse 02/03: 57–60.

Bäsler, F., Fuchs, C. und Scriba, P. (2006): Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer, Bundesgesundheitsblatt, 49: 130–136.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2007): Krankenhausplan des Freistaates Bayern, http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/plan/khplan07.pdf (Stand 30.06.2007).

Becker, K. und Zweifel, P. (2007): Neue Formen der ambulanten Versorgung: Was wollen die Versicherten? Ein Discrete-Choice-Experiment, in: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R. und Schnee, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh: 272–303.

Beivers, A. und Neubauer, A.S. (2007): Attraktiver werden und Kosten sparen: Patientenhotels als neue Versorgungsform für Krankenhäuser. Krankenhaus Umschau 76 (3): 215–218.

Blum, K., Offermann, M. und Schilz, P. (2006): Krankenhaus Barometer kompakt. Arzt und Krankenhaus, 11: 329–334.

Blumenstock, G. und Selbmann, H. (2006): Die stationäre Versorgung aus der Nutzerperspektive: Kritische Rezeption von Patientenbefragungen und Gesundheitsumfragen. das Krankenhaus 98(9): 742–747.

Böcking, W., Ahrens, U., Kirch, W. und Milakovic, M. (2005): First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. Journal of Public Health, 13: 128–137.

Böge, U. (2007): Der Markt für Krankenhausleistungen aus Sicht des Bundeskartellamts, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 35–48.

Bohle, T. (2006): Die Bedeutung des Kartell- und Wettbewerbsrechts bei Krankenhausfusionen und Krankenhauskooperationen. Medizinrecht, 5: 259–267.

BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2005): BQS-Datenreport 2004, Düsseldorf.

Braun, B. und Müller, R. (2003): Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung, St. Augustin. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: 26.

Braun, B. und Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, St. Augustin.

Braun, B., Müller, R. und Timm, A. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, St. Augustin. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: 36.

Brechtel, T. und Zöll, R. (2006): 37 Grad – Krankenhausstudie 2006: Wie transparent ist die Qualität in deutschen Krankenhäusern? Arzt und Krankenhaus, 12: 361–366.

Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2002): Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Berlin.

Bruckenberger, E. (2003): Wettbewerb und Planung, in: Arnold, M., Klauber, J. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart: 93–102.

Bruckenberger, E. (2005): Privatisierung der Krankenhäuser, eine Alternative zum Investitionsstau, http://www.bruckenberger.de/pdf/khg_privatisierung_04.pdf. (Stand 08.09.2006).

Bruckenberger, E.; Klaue, S.; Schwitowski, H.-P. (Hrsg.) (2006): Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin.

Buhr, P. und Klinke, S. (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung, WZB Discussion Paper: SP I 2006-311, Berlin.

Buhr, P. und Klinke, S. (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, ZeS-Arbeitspapier: 6/2006, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.

Bundesärztekammer (2006): Indikationskatalog für den Notarzteinsatz: Handreichung für Telefondisponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen.

Bundesärztekammer (2007): Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit: Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens – beschlossen von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer am 2. April 2007. Deutsches Ärzteblatt 104(22): A1607–A1612.

Bundesärztekammer und AWMF (2007): Gemeinsame Erklärung der Ständigen DRG-Fachkommission von Bundesärztekammer und AWMF zur Weiterentwicklung und Zukunft des G-DRG-Fallpauschalensystems.

Bundeskartellamt (2005a): Beschluss im Verwaltungsverfahren Rhön-Klinikum AG/Landkreis Rhön-Grabfeld, B 10 – 123/04.

Bundeskartellamt (2005b): Beschluss im Verwaltungsverfahren Rhön-Klinikum AG/Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH, B 10 – 109/04.

Bundeskartellamt (2006): Beschluss im Verwaltungsverfahren Universitätsklinikum Greifswald/Kreiskrankenhaus Wolgast, B 3 – 1002/06.

BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.) (2005): BDPK zur Defizitfinanzierung und zur Entscheidung der EU-Kommission zum Gemeinschaftsrahmen. Pressemitteilung vom 03.08.2005.

Davies, S.M. (Hrsg.) (2004): AHRQ Quality Indicators – Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization, Revision 4, AHRQ Publication: 02-RO204, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville, MD.

Davies, S.M., Geppert, J., McClellan, M., McDonald, K.M., Romano, P.S. und Shojania, K.G. (2001): Refinement of the HCUP Quality Indicators: Technical Review Number 4, AHRQ Publication: 01-0035, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Hrsg.), Rockville, MD.

Deutsch, H., Ralfs, D., Knopp, U., Neubauer, G. und Beivers, A. (2006): Public Service Value im Gesundheitswesen: Wer bietet wirklichen Bürgernutzen? Accenture (Hrsg.), http://www.accenture.com/NR/rdonlyres/FDEECEB2-3179-48F3-A3D8-A243A197D61D/0/Accenture_PSVStudy_2006.pdf (Stand 29.01.2007).

Devereaux, P., Choi, P., Lacchetti, C., Weaver, B., Schünemann, H., Haines, T., Lavis, J., Grant, B., Haslam, D., Bhandari, Mohit, Sullivan, T., Cook, D., Walter, S., Meade, M., Khan, H., Bhatnagar, N. und Guyatt, G. H. (2002): A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. Canadian Medical Association Journal 166(11): 1399–1406.

Devereaux, P., Heels-Ansdell, D., Lacchetti, C., Haines, T., Burns, K., Cook, D., Ravindran, N., Walter, S., McDonald, H., Stone, S., Patel, R., Bhandari, M.,

Schünemann, H., Choi, P., Bayoumi, A., Lavis, J., Sullivan, T., Stoddart, G. und Guyatt, G.H. (2004): Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis, Canadian Medical Association Journal 170(12): 1817–1824.

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.) (2006): Zahlen, Daten, Fakten 2006, Düsseldorf.

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.) (2007a): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.), Berlin.

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.) (2007b): Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.), Berlin.

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.) (2007c): Uneingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene BQS-Qualitätsindikatoren, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.), http://www.dkgev.de/dkgfile.php?type=file&id=1223 (Stand 30.06.2007).

Döbler, K., Boy, O. und Mohr, V.D. (2007): Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Wie viel Prozess- und Ergebnisqualität steckt drin? Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12: 25–34.

Doblhammer-Reiter, G. und Hoffmann, W. (2007): Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demographischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern, Förderprojekt-Nr. 06-34/79, Bundesärztekammer (Hrsg).

Eberlein-Gonska, M., Fellman, E. und Klakow-Franck, R. (2006): Qualitätsberichte – Mehr Orientierungshilfe statt größerer Textmengen. Deutsches Ärzteblatt, 103(43): 2472–2473.

Eckardt, M. (2007): Die Entwicklung des Krankenhausmarktes in den USA, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 49–63.

Eckardt, J. und Kaczmarek, D. (2004): DRG-Kennzahlen für die strategische Planung. Das Krankenhaus, 96(8): 627–629.

Einwag, M. (2005): Time to say good-bye …: Abschied von altbekannten Ritualen im Umgang mit Leistungsveränderungen. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22(7): 565–570.

Erickson, L.C., Torchiana, D.F., Schneider, E.C., Newburger, J.W. und Hannan, E.L. (2000): The Relationship Between Managed Care Insurance and Use of Lower-Mortality Hospitals for CABG Surgery. Journal of the American Medical Association 283: 1876–1883.

Estorf, J. und Rohpeter, S. (2006): Kampf um Patienten mit illegalen Mitteln? führen und wirtschaften im Krankenhaus 23 (6): 660–662.

Europäische Kommission (2005): Entscheidung vom 28.11.2005. Amtsblatt der Europäischen Union L 312: 67–73.

Fiori, W., Bunzemeier, H., Franz, D., Hensen, P., Irps, S., Loskamp, N., Siebers, L., Wenke, A. und Roeder, N. (2005): G-DRG-Version 2006 – Komplexer aber gerechter? Arzt und Krankenhaus, 11: 322–349.

Fischer, W. (2007): Sprechen sie G-DRG?: G-DRG 2007: Statistische Optimierung zu Lasten fachsprachlicher Verständlichkeit. ZIM Streiflicht, 15(1).

Fleßa, S. (2005): Die Zukunft der Kleinst- und Kleinkrankenhäuser in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 10: 295–302.

Flintrop, J. (2007): Krankenhausfinanzierung: Klarheit erwünscht. Deutsches Ärzteblatt 104(3): A86-A88.

Foit, K und Vera, A. (2006): Anreizorientierte Krankenhausvergütung mit Fallpauschalen. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 11: 245–251.

Franz, D., Wenke, A., Helling, J. und Roeder, N. (2006): Wo steht die Unfallchirurgie und die Orthopädie im G-DRG-System 2006? Das Krankenhaus, 98(4): 280–286.

Friedrich, J. und Günster, C. (2006): Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002-2004), in: Klauber, J., Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005: Wege zur Integration, Stuttgart: 153–202.

Gerdelmann, W. (2005): Qualitätssicherung durch Mindestmengen. Arzt und Krankenhaus: 12: 370–373.

Gerste, B., Schellschmidt, H. und Rosenow, C. (2002): Personal im Krankenhaus: Entwicklungen 1991 bis 1999, in: Arnold, M., Klauber, J. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2001: Personal, Stuttgart: 13–46.

Ginzberg, E. (1988): For Profit Medicine – A Reassessment. New England Journal of Medicine, 319(12): 737–761.

Gusmano, M.K., Rodwin, V.G. und Weisz, G. (2006): A New Way To Compare Health Systems: Avoidable Hospital Conditions in Manhattan and Paris, Health affairs, 25: 510–520.

Halbersma, R., Mikkers, M., Motchenkova, E. und Seinen, I. (2007): Market Structure and Hospital-Insurer bargaining in the Netherlands, TILEC Discussion Paper, Tilburg University (Hrsg.).

Hausner, E. (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG. Pflege & Gesellschaft, 10(3): 125–130.

Helderman, J.-K., Schut, F.T., van der Grinten, T.E.D. und van de Ven, W.P.M.M. (2005): Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands. Journal of health politics, policy and law, 30(1-2): 189–209.

Helios (2005): Medizinischer Jahresbericht 2004, Fulda.

Heller, G., Richardson, D.K., Schnell, R., Misselwitz, B., Künzel, W. und Schmidt, S. (2002): Are We Regionalized Enough? Early-Neonatal Deaths in Low-Risk Births by the Size of Delivery Units in Hessen, Germany 1990-1999. International Journal of Epidemiology, 31: 1061–1068.

Heller, G., Swart, E. und Mansky, T. (2004): Qualitätssicherung mit Routinedaten, in: Klauber, J., Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2003: G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart: 271–288.

Hensen, P., Roeder, N. und Rau, F. (2005): Start in die Konvergenzphase 2005. Das Krankenhaus 97 (2): 96–105.

Hermann, C. (2007): Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 101–116.

Hermes, G. (2005): Gewährleistungsverantwortung als Infrastrukturverantwortung, in: Schuppert, G.F. (Hrsg.), Der Gewährleistungsstaat – Ein Leitbild auf dem Prüfstand: 11–131.

Hessisches Sozialministerium (2003): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005: Allgemeiner Teil, Wiesbaden.

Horwitz, J.R. (2005): Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofits, For-Profit, And Government Hospitals. Health affairs, 24(3): 790–801.

InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2003): Abschlussbericht: Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004, Siegburg.

InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2006): Abschlussbericht: Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007, Siegburg.

INM (Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement) (2007): Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung in Deutschland. Veranstaltung vom 02.-03.02.2007, aus der Reihe „Experten-Workshop des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) der LMU München“, Günzburg.

IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung, Köln.

Jachertz, N. (2006): Geschäft für Groß und Klein. Deutsches Ärzteblatt, 103(30): 1724.

Jaeger, C. (2005): Anpassungsbedarf der Vergütungen von Krankenhausleistungen für 2006. Arzt und Krankenhaus, 9: 263–282.

Jaeger, H. (2007): Die Evolution der Marke wird zur Revolution für die Klinik. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 24(1): 12–15.

Jendges, T. (2000): Der Wettbewerb wird auch das Marketing stärken. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 17 (6): 586–587.

Jentsch, P. (2005): Ernst & Young prognostizieren schwerwiegende Einschnitte. Arzt und Krankenhaus, 5: 131–132.

Kämper, D. und Schleert, D. (2001): Ordnungspolitische Rahmenbedingungen zur Anwendung des DRG-Systems. Die Betriebskrankenkasse, 89(2): 53–63.

KFF (Kaiser Family Foundation), AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) und HSPH (Harvard School of Public Health) (Hrsg.) (2004): National Survey on Consumers' Experiences With Patient Safety and Quality Information, Menlo Park, CA.

Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2004): Krankenhaus-Report 2003: G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart.

Klinke, S. und Kühn, H. (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. WZB Discussion Paper: SP I 2006-309, Berlin.

Kortevoß, A. (2007): Krankenhausbehandlung unter Bedingungen der German Diagnosis Related Groups, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 87–100.

Kuchinke, B.A. (2005): Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRGs und Budgets, Technische Universität Ilmenau Diskussionspapier, Ilmenau: 45.

Kuchinke, B.A. und Kallfaß, H. (2006): Aktuelle Kontroversen bezüglich der ökonomischen Beurteilung von Krankenhauszusammenschlüssen in Deutschland. Wirtschaft und Wettbewerb, 56(10): 991–1003.

Kühne, C.A., Ruchholtz, S., Buschmann, C., Sturm, J., Lackner, C.K., Wentzensen, A., Bouillon, B. und Weber, M. (2006): Polytraumaversorgung in Deutschland. Eine Standortbestimmung. Unfallchirurg, 109: 357–366.

Lackner, C.K. (2003): Das Rettungswesen im Gutachten 2003 des Sachverständigenrates. Notfall & Rettungsmedizin, 6: 154–174.

Leber, W.-D., Malzahn, J. und Wolff, J. (2007): Elektiv wird selektiv: Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierten Ordnungsrahmen ab 2009, Bonn.

Lehnen, A. (2006): Wer einen Namen hat, kann sich im Wettbewerb besser behaupten. Ärzte Zeitung, 28.09.2006.

Lüngen, M. und Lauterbach, K.W. (2002): Führen die DRG zur Spezialisierung von Krankenhäusern? Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 7: 93–95.

Lüngen, M. und Lauterbach, K.W. (2003): DRG in deutschen Krankenhäusern: Umsetzung und Auswirkungen, Stuttgart.

Mansky, T., Erben, C.M., Kleinschmidt, S., Fassl, H. und Scriba, P.C. (1989): Einfluss demographischer Veränderungen auf Fallzahlen und Pflegetage hospitalisierter internistischer Patienten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 114: 368–377.

Mansky, T., List, S.M. und Günther, M. (2006): Die Kliniken können deutlich besser werden. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(5): 510–515.

Manzeschke, A. (2005): Global Health – Wissenschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens, in: Honnefelder, L. und Sturma, D. (Hrsg.), Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Berlin: 129–149.

Manzeschke, A. (2006a): Geld kontra heilen. Niedersächsisches Ärzteblatt, 11: 8–10.

Manzeschke, A. (2006b): „Wenn das Lächeln verloren geht". Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. sozialersinn, 7(2): 251–272.

McDonald, K.M., Romano, P.D., Geppert, J., Davies, S.M., Duncan, B.W., Shojania, K.G. und Hansen, A. (2002): Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data – The Patient Safety Indicators, AHRQ Publication: 02-0038, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Hrsg.), Rockville, MD.

McKinsey&Company (2006): Krankenhausreform weitgehend ausgereizt: Pressemitteilung vom 02.05.2006.

Melnick, G. und Keeler, E. (2007): The effect of multihospital systems on hospital prices. Journal of health economics, 26(2): 400–413.

Metzger, F. (2004): DRGs für Einsteiger, Stuttgart.

Middelschulte, D. und Zumschlinge, A. (2006): Die Beurteilung von Krankenhausfusionen in der neuesten Praxis des Bundeskartellamts. Wirtschaft und Wettbewerb, 4: 366–376.

Ministerium für Wissenschaft Forschung und Kunst Baden-Württemberg (2003): Teilprivatisierung der Universitätsklinika – Anhörung von Sachverständigen am 2. Juli 2003, Stuttgart.

Mohr, C. (2006): Die fallpauschalierte Vergütung im Spannungsfeld ordnungspolitischer Neuorientierung. Die Betriebskrankenkasse, 94(5): 242–248.

Monopolkommission (2006): Zusammenschluss der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld: Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 42 Abs. 4 Satz 2 GWB, Bonn.

Moscho, A., Rowold, M., Wettke, J. und Beyersdorf, F. (2006): Spitzenmedizin zu bezahlbaren Preisen. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(2): 156–159.

Möws, V. und Seidel, J. (2001): Mit dem DRG-System kommt der Markt ins Krankenhaus. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 18(1): 44–47.

Müller Grün, C.P. von der (2006): Die Privaten entwerfen ein neues Bild von Arzt und Krankenhaus. führen und wirtschaften im Krankenhaus 23 (6): 596–597.

Murray, M. (2000): Patient Care: Access. British Medical Journal, 320: 1594–1596.

Neubauer, G. (2003): Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: Arnold, M., Klauber, J. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart: 71–91.

Neubauer, G. (2006): Krankenhausvergütung 2009: Fest- oder Wettbewerbspreise?: Der Wettbewerb ist unteilbar. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(4): 380–384.

Neubauer, G. (2007): Das Ende der Konvergenzphase: Anfang einer ordnungspolitischen Neuausrichtung. ku-Special Controlling, 76(3): 10–13.

Neubauer, G., Beivers, A. und Minartz, C. (2007): Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 65–85.

NHS Executive (1998): The new NHS – Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance, Department of Health (Hrsg.), London, http://www.dh.gov.uk/rod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=8753&Rendition=Web, (Stand 11.06.2007)

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (2003): Selbststeuerung durch Transparenz: Krankenhausversorgung in Niedersachsen, http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C2631232_L20.pdf, (Stand 23.05.2007).

Niermann, I. (2007): Kapitulation in Herbolzheim. kma, 127: 32–33.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2006): OECD Gesundheitsdaten 2006, Paris.

Offermann, M. und Müller, U. (2006): Entwicklung der Krankenhausinanspruchnahme bis zum Jahr 2010 und die Konsequenzen für den medizinischen Bedarf der Krankenhäuser, Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.), Düsseldorf.

OLG (Oberlandesgericht) Düsseldorf (2007): Entscheidung vom 11.04.2007.

O.V. (2006): Kliniken suchen Nähe zu Niedergelassenen. Ärzte Zeitung, 28.09.2006.

Paech, S. (2006): Neuer Privatisierungsschub von Kliniken. Arzt und Krankenhaus, 9: 276–281.

Petersen, L.A., Normand, S.-L.T., Leape, L.L. und McNeil, B.J. (2003): Regionalization and the Underuse of

Angiography in the Veterans Affairs Health Care System as Compared with a Fee-for-Service System. The New England journal of medicine, 348: 2209–2217.

Pföhler, W. (2006): Mit Lotsen durch die Klinik: Interview mit Rhön-Vorstandschef Wolfgang Pföhler, Der Spiegel, 41: 216–217.

Philippi, M. (2006): DRGs in Deutschland – werden die Erwartungen erfüllt?, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: 643–658.

Preusker, U.K. (2006): Klinik-Markt im Kaufrausch. Gesundheit und Gesellschaft, 9(6): 23–28.

Quaas, M. (2005): Krankenhäuser und Kartellrecht. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22(6): 622–627.

Rapp, B. (2005): Dürfen die Krankenkassen und der Medizinische Dienst eigentlich alles? Arzt und Krankenhaus, 7: 198–200.

Rau, F. (2003): Kabinett bringt Fallpauschalenänderungsgesetz auf den Weg. Das Krankenhaus, 95(3): 200–2002.

Rau,F. (2007): Was ändert sich für die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz? Das Krankenhaus, 99(3): 179–189.

Reschovsky, J.D. und Staiti, A.B. (2005): Access and Quality: Does Rural America Lag Behind? Health affairs, 24: 1128–1139.

Richter, D., Breuer, R. und Neubauer, G. (2006): Hochschulmedizin 2015. Gesundheits- und Sozialpolitik, 9/10: 34–42.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Gerlingen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie: 20.

Roeder, N. (2005): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006, Gutachten. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.), Münster.

Roeder, N. (2006): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2007, Gutachten, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.), Münster.

Roeder, N., Hensen, P., Fiori, W., Bunzemeier, H. und Loskamp, N. (2004): DRGs, Wettbewerb und Strategie. Das Krankenhaus, 96(9): 703–711.

Roeder, N. und Rau, F. (2006): Wie finanziert sich ein Krankenhaus unter DRG-Bedingungen? Arzt und Krankenhaus, 4: 101–106.

Rolland, S. (2005): Krankenhäuser in Deutschland 2003. Wirtschaft und Statistik, 8: 838–848.

Rosenau, P.V. und Linder, S.H. (2003): Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States. Social Science Quarterly, 84(2): 219–241.

Ruchholtz, S. (2007): Schwerstverletztenversorgung unter DRG-Bedingungen. Veranstaltung vom 02.–3.02.2007, aus der Reihe „Experten-Workshop des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) der LMU München“, Günzburg.

Rüschmann, H.-H., Rüschmann, B. und Roth, A. (2004): Auswirkungen des DRG-Systems. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 21(2): 124–131.

Rüter, G. (2001): Krankenhausinvestitionsfinanzierung – Ein Plädoyer für die Monistik. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 18(1): 73–77.

Rutz, S. (2006): Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland: Interessen – Anreize – Erste Ergebnisse, Lohmar.

Schlechtriemen, T., Burghofer, K., Lackner, C.K. und Altemeyer, K.-H. (2005): Validierung des NACA-Score anhand objektivierbarer Parameter. Notfall & Rettungsmedizin, 8: 96–108.

Schlottmann, N., Fahlenbrach, C., Brändle, G. und Wittrich, A. (2006): G-DRG-System 2007. Das Krankenhaus, 98(11): 939–951.

Schmidt, M. (2003): Fallpauschalenänderungsgesetz: Ein Schritt in die richtige Richtung. Das Krankenhaus, 95(3): 202–204.

Schmidt, H.-U. (2006): Kommunale Krankenhäuser nach dem Tarifkonflikt: Was nun? führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(5): 484–488.

Schmidt, C. und Möller, J. (2007): Katalysatoren des Wandels, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 3–19.

Schnabel, S. und Dahmen, K. (2007): Allokation von Krankenhausbetten in einem Flächenland: die Problematik des Ballungsgebiets. Veranstaltung vom 17.01.2007, Berlin. Veranstalter: Workshop der Bundesärztekammer.

Schnabel, S. und Dahmen, K. (2005): Stochastic Small Area Population Forecasting until 2015 Used for Hospital Planning in Rostock, Germany. Veranstaltung vom 31.03. bis 02.04.2005, aus der Reihe „Annual Meeting of the Population Association of America (PAA)”, Philadelphia (USA), http://paa2005.princeton.edu/abstractViewer. aspx? submissionId =50576, (Stand 08.06.2007.

Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. und Davis, K. (2005): Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. Health affairs: doi:10.1377/hlthaff.w5.509.

Schulte-Sasse, H. (2004): Das Krankenhaus der Zukunft – wie kann es aussehen?, in: Elsner, G., Gerlinger, T. und Stegmüller, K. (Hrsg.), Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: 163–174.

Schumacher, C., Lordick, F., Bumm, R., Tepe, J. und Slewert, J. (2007): „Guter Rat ist teuer“. Die Zweitmeinung aus Sicht eines interdisziplinären Tumortherapiezentrums. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 132: 921–926.

Schuppert, G.F. (2004): Der Gewährleistungsstaat. Sozialwirtschaft, 6: 10–12.

Schwappach, D.L.B., Hochreutener, M.-A., Conen, D., Eichler, K., Blaudszun, A. und Koeck, C.M. (2003): Outcome Measurement in the Canton of Zurich, Bern, Schriftenreihe der SGGP.

Sennett, C. (1997): National Committee for Quality Assurance. Establishing Accountability in Managed Health Care, in: Seltzer, J. und Nash, D.B. (Hrsg.), Models for Quality in Managed Care: Analysis and Impact, New York, 35–54.

Seyfarth, L. (2007): Erfahrungen mit managed care aus den USA. Hinweise für die integrierte Versorgung in Deutschland, in: Ulrich, V. und Ried, W. (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen: Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden: 451–462.

Simon, M. (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland: Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Studien zur Sozialwissenschaft, Opladen: 209.

Simon, M. (2004): Krankenhauspolitik – ein historischer Bogen, in: Elsner, G., Gerlinger, T. und Stegmüller, K. (Hrsg.), Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: 150–162.

Sodan, H. und Adam, J. (2006): Zur Geltung des Kartellrechts im Rahmen der Leistungserbringung für die gesetzliche Krankenversicherung. Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 15(3): 113–120.

Spangenberg, M. und Schürt, A. (2006): Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten – Status quo und Szenarien, in: Klauber, J., Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005: Wege zur Integration, Stuttgart: 205–219.

Staat, M. (1998): Krankenhaus-Betriebsvergleiche – ein analytischer Ansatz, in: Arnold, M. und Paffrath, D. (Hrsg.), Krankenhaus-Report: 98: Überkapazitäten im Krankenhaus: 137–153.

Stapf-Finé, H. und Polei, G. (2002): Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung. Das Krankenhaus, 2: 96–107.

Statistisches Bundesamt (2005): Grunddaten der Krankenhäuser: Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006): Grunddaten der Krankenhäuser: Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2007): Kostennachweis der Krankenhäuser: Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden.

Steffen, W., Tempka, A. und Klute, G. (2007): Falsche Patientenanreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser. Deutsches Ärzteblatt, 104(16): B 969-B 972.

Stollmann, F. (2004): Grundlagen des Rechts der Krankenhausplanung und der Krankenhausinvestitionsförderung. Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 7: 350–358.

Straub, C. und Beyerle, B. (2006): Anforderungen an strategische Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, in: Albrecht, M.D. und Töpfer, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus: 15 Punkte Sofortprogramm für Kliniken, Heidelberg: 247–267.

Strehl, R. (2003): Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? in: Arnold, M., Klauber, J. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart: 113–127.

Streuf, R., Maciejek, S., Kleinfeld, A., Blumenstock, G., Reiland, M. und Selbmann, H. (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12: 109–120.

Strunk, B.C., Ginsburg, P.B. und Banker, M.I. (2006): The Effect Of Population Aging On Future Hospital Demand. Health affairs, 25: w141-w149.

Tischendorf, J., Crede, S., Herrmann, P., Bach, N., Bömeke, C., Manns, M., Schaefer, O. und Trautwein, C. (2004): Diagnoseverschlüsselung durch Medizinische Dokumentationsassistentin oder Stationsarzt: Einfluss auf die Abbildung der DRG Leistungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129: 1731–1735.

Town, R., Wholey, D., Feldman, R. und Burns, L.R. (2006): The Welfare Consequences of Hospital Mergers: NBER Working Paper No. 12244, National Bureau of Economic Research (Hrsg.), http://www.nber.org/papers/w12244.

Tuschen, K.-H. (2003): Das FPÄndG beschleunigt die Einführung des Preissystems und erweitert Öffnungsklauseln. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 20(2): 106–109.

Tuschen, K.-H. (2006a): Kontinuität in der Krankenhauspolitik. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(1): 40–44.

Tuschen, K.-H. (2006b): Die Abbildungsqualität ist deutlich gestiegen. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(6): 622–626.

Tuschen, K.-H. und Baum, G. (2000): AR-DRG – Die Chancen nutzen: Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 17(5): 449–460.

Tuschen, K.-H. und Braun, T. (2005): Veränderte Rahmenbedingungen für die Konvergenzphase. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22(1): 28–36.

Tuschen, K.-H. und Quaas, M. (2001): Bundespflegesatzverordnung: Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 5. Aufl., Kohlhammer.

Tuschen, K.-H. und Rau, F. (2006): Wettbewerb ist kein Selbstzweck: Für den Übergang sind Festpreise ein notwendiges Instrument. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23(4): 386–392.

Tuschen, K.-H. und Trefz, U. (2004): Krankenhausentgeltgesetz – Kommentar, Stuttgart.

VDA (Verband der Automobilindustrie) (Hrsg.) (2006): Auto Jahresbericht 2006.

Velasco-Garrido, M. und Busse, R. (2004): Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern?: Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 5-6: 10–20.

Vera, A. und Warnebier, P. (2006): Strategisches Management in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse einer empirischen Trendstudie. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 11: 285–291.

Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen und Rahmungsprozessen, Berlin.

Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der Ärzte, Bern.

Vogt, W.B. und Town, R. (2006): How has hospital consolidation affected the price and quality of hospital care? Policy Brief No. 9, Robert Wood Johnson Foundation (Hrsg.), Princeton.

von Eiff, W., Klemann, A. und Middendorf, C. (2005): REDIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation, Münster Münsteraner Schriften zur Medizinökonomie. Gesundheitsmanagement und Medizinrecht: 3.

von Eiff, W., Meyer, N., Klemann, A., Greitemann, B. und Karoff, M. (2007): Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Rehabilitation, 46: 74–81.

Wambach, K. (2006): Privatisierung ist keine Zauberformel. Gesundheit und Gesellschaft, 9(11): 48.

Werblow, A. und Robra, B.-P. (2007): Einsparpotenziale im medizinfernen Bereich deutscher Krankenhäuser – eine regionale Effizienzfront-Analyse, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: 133–151.

Wettke, J. (2007): Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen/internationalen Umfeld, in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart 21–33.

Wichmann, H.-E.; Döring, A. (Hrsg.) (2005): MONICA/KORA – 20 Jahre Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg. Das Gesundheitswesen (Sonderheft 1).

Wissenschaftsrat (2004a): Leitfaden der institutionellen Akkreditierung, Drs. 6189/04, Berlin.

Wissenschaftsrat (2004b): Empfehlungen zur Wiederaufnahme der rechtlich verselbständigten Universitätsklinika des Landes Sachsen-Anhalt in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 6324/04, Berlin.

Wissenschaftsrat (2005): Stellungnahme zur geplanten Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Drs. 6918/05, Berlin.

Wissenschaftsrat (2006): Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, Drs. 7063-06, Berlin.

Wissenschaftsrat (2007): Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) in der universitätsmedizinischen Forschung, Drs. 7695-07, Berlin.

Zehnder, A. (2007): Strategischer Erfolgsfaktor. kma, 127: 50–52.

5 Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung

569. In Weiterführung der Gutachten von 2001 und 2003[157] liegen die Schwerpunkte des Kapitels zu Qualität und Patientensicherheit auf der Ergänzung des Nutzenkonzeptes um den Begriff der Angemessenheit, auf der Vertiefung des Themas Patientensicherheit durch die Einführung von Patientensicherheits-Indikatoren und auf der kritischen Diskussion des Konzepts der Verantwortlichkeit (*accountability),* gefolgt von einer Bestandsaufnahme zur Veröffentlichung von Qualitäts- und Sicherheitsinformationen *(public disclosure)* und einer umfassenden Darstellung der Konzepte zur Qualitäts-bezogenen Vergütung *(pay for performance).*

5.1 Angemessenheit

5.1.1 Einleitung

570. Angemessenheit hat sich im deutschen Gesundheitswesen bisher nicht zu einem Konzept von Leitbildcharakter für Fragen der Versorgungs- oder Nutzenbewertung durchgesetzt, obgleich auf internationaler Ebene vielfältige Bemühungen der WHO zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Konstrukt *appropriateness* geführt haben (z. B. BMBF 2000).

Angemessenheit ermöglicht es, das medizinische Leistungsgeschehen an Maßstäben, die ihm erst die erforderliche Legitimation sowie Sinn- und Zweckbestimmung verleihen, zu beschreiben. Dies gilt für die individuelle Ebene des einzelnen Patienten ebenso wie für gesellschaftlich bzw. kollektiv wirksame Entscheidungen. Über diese erste Annäherung hinaus sieht der Rat das Konzept der Angemessenheit im Zusammenhang mit der Diskussion um Bedarf und Nutzen und leitet daraus eine spezifische Aufgabenstellung für das Forschungsfeld der Versorgungsforschung ab. Diese Aufgabenstellung bezieht sich auf die Beschreibung von Nutzenaspekten, die über die absolute Wirksamkeit (*efficacy*) von Verfahren der Gesundheitsversorgung hinausgehen.

571. Die Aussage ‚eine Vorgehensweise ist angemessen' hat mehrere Konnotationen. Ohne der im nächsten Abschnitt vorgestellten Definition des Begriffes vorgreifen zu wollen, kann man an dieser Stelle festhalten, dass mehr gemeint ist als ‚wirksam'. Zum einen geht es um die Erzeugung eines an den gesellschaftlichen Erwartungen und den individuellen Präferenzen des einzelnen Patienten gemessenen wünschenswerten individuell bzw. bevölkerungsbezogen befriedigenden Outcome. Zum anderen schließen die dabei zum Tragen kommenden Bewertungen Prioritäten und damit bilanzierende Betrachtungen auch hinsichtlich der aufzuwendenden Ressourcen mit ein. Implizit wird darüber hinaus eine Kontextbezogenheit konstruiert: eine Vorgehensweise ist einer Situation angemessen, zu der auch Eigenschaften und Einstellungen einer Person gehören können. Diese Kontextbezogenheit geht über die Frage der Kosten und der Allokation hinaus, schließt diese aber mit ein, indem sie (bei begrenzten Ressourcen) den Aspekt der Verhältnismäßigkeit mit anklingen lässt.

[157] Insbesondere GA 2003, Ziffer 360ff.

5.1.2 Gesundheitspolitischer Hintergrund

572. Der Gesetzgeber hat im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 einen zentralistischen Ansatz mit Spielräumen für eine durch Wettbewerb stimulierte Systementfaltung kombiniert. Dabei werden im Rahmen der Vertragsbildung zwischen gesetzlichen Krankenkassen, Leistungserbringern und anderen Partnern Vielfalt sowie Innovation in Steuerung und Strukturen des Systems zugelassen und gefördert. Die Ausschöpfung dieser sehr weit reichenden Gestaltungsspielräume für die Vertragspartner kann theoretisch zu einem Umbau der gewachsenen einheitlichen Versorgung hin zu vielfältigen Versorgungsformen und -inhalten führen.

Bereits jetzt wird erkennbar, dass dort, wo die Herausforderungen einer stärker wettbewerblichen Systemgestaltung von privaten Trägern (s. Kapitel 4) aufgegriffen wurden oder Sparzwänge in der GKV bestehen, die Rechtfertigung des medizinischen Leistungsgeschehens durch andere z. B. wirtschaftlich geprägte Maßstäbe einen neuen Stellenwert erfährt. Wirtschaftliche Gesichtspunkte sind zwar für unser Gesundheitswesen nicht neu, die Gesetzeslage und die sich daraus ergebenden möglichen Szenarien reagieren jedoch auf eine Situation der Knappheit der Mittel, die in diesem Maße bislang nicht Grundlage der Entwicklung war. Folglich ist die gesundheitspolitische Situtation hinsichtlich ihrer Auswirkungen z. B. für die Versorgungstransparenz und -homogenität oder die Versorgungsgerechtigkeit und -qualität sowie deren Strukturen schwer abzuschätzen. Umso wichtiger ist es, eine kritische Beobachtung der Entwicklung vorzunehmen.

573. Der Rat hat sich in Band III seines GA 2000/2001 eingehend mit Über-, Unter- und Fehlversorgung (ÜUFV) im deutschen Gesundheitswesen auseinandergesetzt. Damit wurde erstmals eine übergreifende bilanzierende Bewertung des Versorgungsgeschehens und seiner Resultate vorgelegt. Als wesentliches Ergebnis zeigten sich an relevanten selektierten Krankheitsfeldern Hinweise auf eine disproportionale Versorgungslage mit der Tendenz zur Überversorgung[158].

Als Instrumente, die den Weg zu einer bedarfsgerechten wirtschaftlichen Versorgung bereiten, hat der Rat neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität einschließlich der integrierten Versorgung, den Ausbau von

[158] Als Erklärungsmuster bzw. begünstigende und damit in Verbindung stehende Faktoren wurden u. a. Defizite der Versorgungsqualität sowie inkohärente Versorgungsverläufe identifiziert, die sich durch Brüche an Schnittstellen und unzureichende zielführende Leistungssteuerung und -kommunikation ergeben. Wesentlich erscheint auch, dass besonders beim Umgang mit chronischer Krankheit eine einseitige Fixierung auf die somatischen Aspekte und eine unangemessene Übertragung der pathogenetisch orientierten Krankheitsbearbeitung der Akutmedizin auf chronische Krankheiten erfolgt.

Prävention, Zielbildung im Gesundheitswesen, eine Förderung von Kompetenz und Partizipation von Bürgern und Patienten sowie eine gesellschaftliche Debatte über Prioritäten im Gesundheitswesen gefordert und Vorschläge zur Lösung aktueller Ineffizienzen z. B. hinsichtlich Pflegeversicherung oder Arzneimittelversorgung unterbreitet (GA 2003, Ziffer 242ff.).

574. Diese Vorschläge haben als solche nichts an Gültigkeit verloren. Sie verbleiben – sieht man von der Priorisierungsdebatte ab – auf der Systemebene und versuchen durch entsprechende Steuerimpulse die Versorgungsqualität zu beeinflussen. Durch die neuere Gesetzgebung (GKV-Modernisierungsgesetz und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) haben sich jedoch erweiterte Möglichkeiten der Systementwicklung ergeben, die es erforderlich machen, den Blick über die Prozesse innerhalb des Systems hinaus auf Fragen der Rechtfertigung und des gesellschaftlichen Nutzens zu lenken.

Dies erfordert einen erweiterten Blickwinkel im Sinne eines instrumentalen Bewertungszugangs, der unabhängig von der speziellen Fragestellung als übertragbarer Maßstab herangezogen werden kann und die Nutzenbestimmung aus der absoluten Wirksamkeit ergänzt. Als Rahmenkonzept für diese Überlegungen soll dabei das Konzept der ‚Angemessenheit' dienen.

5.1.3 Definition und Begriff

575. Eine allgemein, auch international anerkannte Definition von Angemessenheit (*appropriateness*) kann sich auf drei Ansätze beziehen:

– Konformität mit Qualitätsanforderungen,

– Angemessenheit als Qualitätsdimension und

– Angemessenheit als Kontextbezug von Verfahren im Gesundheitswesen.

Der erste Ansatz ist der einfachste und schöpft, indem sich die Definition auf die mehr oder weniger weitgehende Übereinstimmung mit bestimmten Qualitätsaspekten bezieht (vgl. z. B. Beiträge zu klinischen Fragestellungen bei WHO Workshop on Appropriateness in Health Care Services 2000), die Bedeutung des Begriffes Angemessenheit (*appropriateness*) nicht aus. Es werden auf dieser Ebene *appropriateness scores* gebildet und hiermit die Leitlinienkonformität beschrieben (Shekelle 2001). In der klinischen Infektiologie wird der Begriff *appropriate* im Sinne von ‚adäquat' verwendet und ist Gegenstand diverser Forschungsansätze, um die *appropriateness* der Therapie zu steigern (Samore et al. 2005). Angemessenheit wurde als Korrelat von Über-, Unter- und Fehlversorgung diskutiert (Anderson/Brown 2001). Jedoch ist das spätere Verständnis bereits angelegt: die *high quality performance* wurde durch das *high quality decision making* ergänzt, es ging nicht mehr allein darum, ‚die Dinge richtig zu tun', sondern ‚die ‚richtigen Dinge richtig zu tun' („*the appropriateness of the services provided*") (Blumenthal 1996: 892).

576. Ein weitergehenderes Verständnis liegt dem Begriff der Angemessenheit zugrunde, wenn man ihn im Sinne eines Teilaspekts bzw. der Dimension des Begriffes Qualität interpretiert. Bereits in den achtziger Jahren wurde in Erweiterung der ursprünglichen Donabedian'schen Systematisierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität versucht, weitere Aspekte in die Einteilung von Qualität aufzunehmen. Der absoluten Wirksamkeit (*efficacy*) wurde die relative Wirksamkeit (*effectiveness*) gegenübergestellt und um Kostenaspekte ergänzt (*efficiency*). Um Präferenzen der Patienten und gesellschaftliche, kulturelle, ethische und juristische Aspekte zu beschreiben, wurden die Begriffe *efficacy*, *effectiveness* und *efficiency* durch weitere Begriffe wie *optimality*, *acceptability*, *legitimacy* und *equity* ergänzt (Donabedian 1990). Hier knüpft die Joint Commission an, die als Qualitätsdimensionen neben den Kriterien Wirksamkeit, Effizienz, Zugang, Kontinuität der Behandlung, Beachtung der Patientenperspektive, Patientensicherheit und Zeitnähe die Dimension *appropriateness of care* definiert (JCAHO 1990). Unter *appropriateness* wird das Maß verstanden, in dem den Patienten die dem aktuellen Stand des Wissens entsprechende korrekte Behandlung zuteil geworden ist. Ähnlich argumentiert auch das National Committee for Quality Assurance (NCQA) in den USA, das *appropriateness* in sein Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS 2.0) aufgenommen hat (Anonymous 1993).

577. Der dritte Ansatz geht jedoch darüber hinaus, indem die intrinsischen medizinischen Kriterien der Leistungserbringung wie Effektivität und technische Qualität um externe Bewertungen aus der Sicht von Patient und Gesellschaft ergänzt werden. Diese Bewertungen werden für einen jeweiligen Kontext wirtschaftlicher, gesellschaftlich-kultureller oder individueller Art getroffen. Während ein Patient auch bei relativ geringen Heilungsaussichten und erheblichen Gefahren und subjektiven Belastungen der Therapie eine Behandlung wünscht, wäre diese bei dem deutlichen Wunsch eines anderen Patienten nach Beschwerdefreiheit und ausdrücklichem Verzicht auf weitere Maßnahmen nicht angemessen (z. B. bei onkologischen Krankheiten).

578. In unterschiedlichen Zusammenhängen werden verschiedene Aspekte des Kontextbezuges in den Vordergrund gestellt. Nicht selten wird dieser Bezug allein durch die Finanzierbarkeit bzw. Effizienz hergestellt. Angemessen ist eine Leistung, wenn sie einerseits wirksam und andererseits unter gegebenen ökonomischen Bedingungen, die durch Knappheit gekennzeichnet sind, umsetzbar ist und verhältnismäßig erscheint (McKee/Ward 1995). Weitergehend wird zusätzlich die Beachtung ethischer Präferenzen gefordert, sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf der Ebene der individuellen Patienten (Jackson 2000) (Abbildung 32). Besonders wichtig erscheint der Ansatz, den gesellschaftlichen Kontext durch die Alltagstauglichkeit und die Erfahrung von Ärzten (Experten) zu beschreiben. Die RAND-Corporation (Research And Development Corporation) definierte eine Leistung als angemessen, wenn „für eine durchschnittli-

che Patientengruppe, die von einem Durchschnittsarzt … versorgt wird, … der erwartete gesundheitliche Nutzen die erwarteten negativen Konsequenzen in einem ausreichend großen Maß übersteigt, so dass die Vorgehensweise lohnenswert ist, hiervon ausgenommen sind Überlegungen finanzieller Art“ (Brook et al. 1986: 55)[159]. Explizit wird hier nicht auf die absolute Wirksamkeit des randomisierten Versuchs abgehoben, sondern auf einen Konsensprozess von Ärzten (in der damaligen Zeit: noch nicht von Patienten), um andere Aspekte in die Beurteilung mit aufzunehmen, die durch Wirksamkeit und Effizienz alleine nicht berücksichtigt werden. Dabei wird auf den ‚durchschnittlichen Patienten‘ Bezug genommen, nicht den Patienten in der spezialisierten Behandlungseinheit, der die Einschlusskritierien für die klinische Studie erfüllt. Man erkennt hier das Bemühen, die externe Validität der Verfahren zu erhöhen und die Umsetzung unter Alltagsbedingungen mit einzubeziehen, ein Bestreben, das die Affinität des Konzeptes der Angemessenheit zur Versorgungsforschung deutlich macht (s. u.).

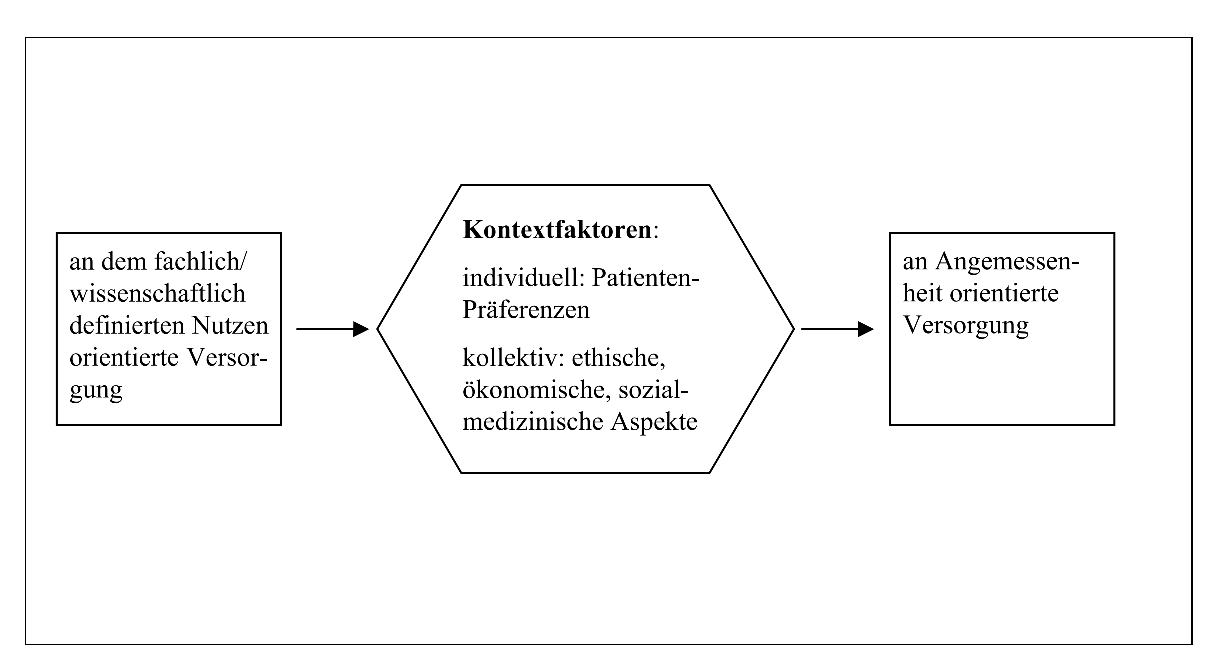
[159] Diese Definition weist deutliche Schwachstellen auf (u. a. Problem der Definition einer ‚durchschnittlichen‘ Patienten- bzw. Arztgruppe; nur begrenzt auf den Individualfall anwendbar; Ausgrenzung finanzieller Aspekte, obwohl Effizienz ein wesentliches Bestimmungsmerkmal von Angemessenheit ist), ist jedoch häufig gewählter Ausgangspunkt für weitergehende Betrachtungen.

579. Dieses Verständnis von Angemessenheit ist in der Definition der WHO weitestgehend ausformuliert, die ganz allgemein die Gesamtheit der Einstellungen und Präferenzen von Patienten, Gruppen und der Gesellschaft mit einbezieht. Eine Versorgung gilt als angemessen, wenn sie effektiv ist (sich auf valide Evidenz gründet), effizient (kostenwirksam) ist und mit den ethischen Grundsätze und Präferenzen der jeweiligen Einzelperson, Gemeinschaften oder der betreffenden Gesellschaft übereinstimmt (WHO 2001). Der Kontextbezug wird hier auf alle Faktoren außerhalb der (absoluten) Wirksamkeit ausgeweitet, die unter den Begriffen Effizienz, Grundsätzen und Präferenzen zu verstehen sind. Die Präferenzen können ethischer, juristischer, finanzieller oder individueller Natur sein (z. B. Lebensqualität).

Der Rat schließt sich der von der WHO vertretenden Sichtweise an und definiert Angemessenheit als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren Effizienz und deren Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt.

Abbildung 32

Kontextfaktoren als Weg zur Gewinnung von Angemessenheit der Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

5.1.4 Kennzeichen und Leistungsfähigkeit des Angemessenheitskonzeptes

580. Der Rat hat sich grundsätzlich mit den Begriffen Bedarf, Nutzen und Über-, Unter- und Fehlversorgung auseinandergesetzt (GA 2000/2001, III-1, Ziffer 30ff.). Der objektive Bedarf wurde definiert als „Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt“ (GA 2000/2001, III.1, Ziffer 24), wobei die Äußerung des subjektiven Bedarfs vorausgesetzt und der ‚kulturelle Kontext und gesellschaftliche Wandel‘ berücksichtigt werden muss. Die Überlegungen basieren auf dem Netto-Nutzen-Prinzip als Abwägung des Nutzens gegenüber den Risiken eines Verfahrens.

Der objektive Bedarf muss als notwendige Bedingung „professionell (fachlich) oder wissenschaftlich bestätigt“ sein (GA 2000/2001, III.1, Ziffer 21), er entspricht dem medizinischen Standard im Sinne von fachlicher Anerkennung, ärztlicher Erfahrung und wissenschaftlicher Evidenz (Hart 2005). In der gegenwärtigen Nutzendiskussion ist eine ausschließlich aus der fachlichen bzw. wissenschaftlichen Warte begründete Bewertung in Kritik geraten (z. B. Middeke 2006; Williams 2003). Allerdings wird in dieser Diskussion oft übersehen, dass eine adäquate Definition des Nutzens auf der Basis des objektiven Bedarfs die subjektive Bedarfsäußerung und den gesellschaftlichen Kontext als zusätzliche Bedingung durchaus mitdenkt.

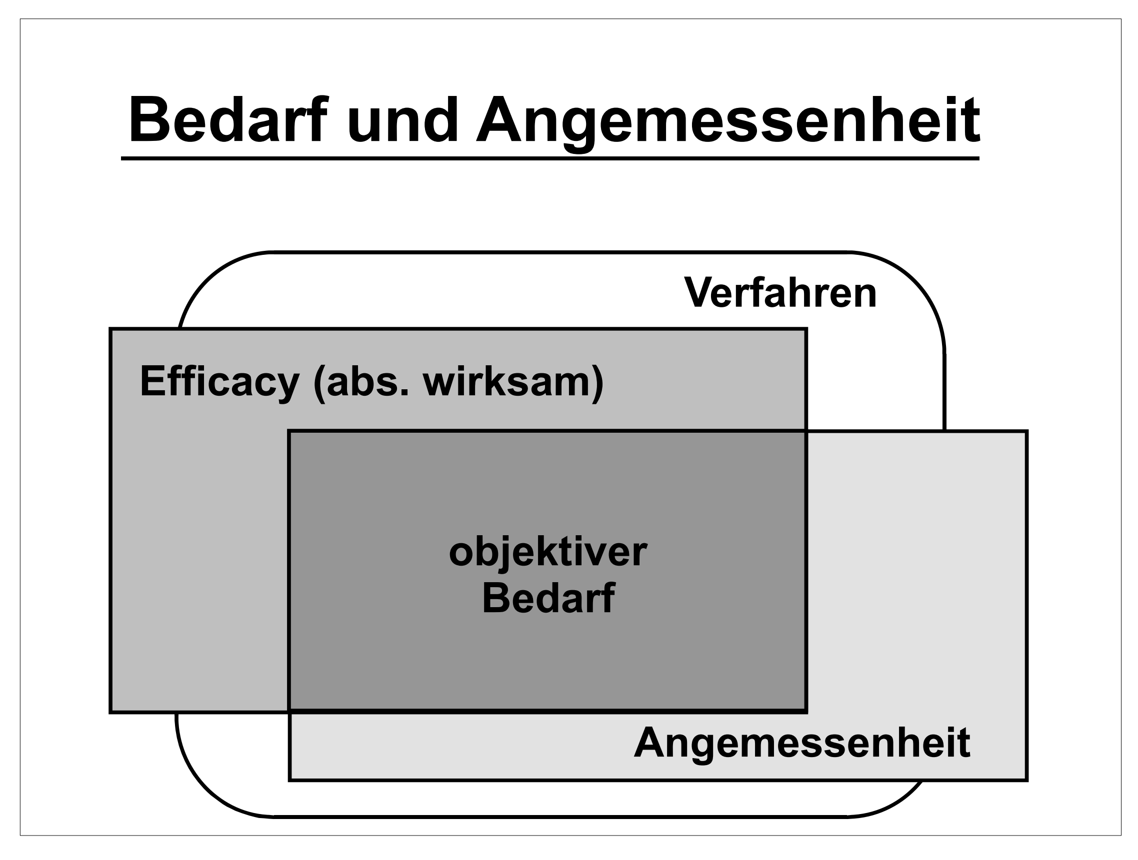
581. Es erscheint auf diesem Hintergrund sinnvoll, die im vorangegangenen Abschnitt abgeleitete Definition der Angemessenheit als Begriff für die Präferenzen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene in das Nutzenkonzept einzubeziehen und als kontextbezogene Matrix für die objektive Evidenz zu interpretieren. Der objektive Bedarf umfasst nach diesem Verständnis den fachlich oder wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzen bei gleichzeitig konstatierter Angemessenheit des Verfahrens. Die Angemessenheit umfasst Patientenpräferenzen (subjektive Bedarfsäußerung) und gesellschaftliche Akzeptanz (gesellschaftlichen Kontext).

Angemessenheit kann somit vor allem auf der Makroebene als ein ‚Filter‘ aufgefasst werden, der den Allokationsentscheidungen voraus geht (Kahan 2000). Indikations- und Allokationsentscheidungen werden durch Angemessenheitsüberlegungen modifiziert (Williams 2000). Die wissenschaftlich abgeleitete absolute Wirksamkeit darf hierbei nicht durch Angemessenheit substitutiert werden, ebensowenig wie die absolute Wirksamkeit fehlende Angemessenheit ‚aufwiegen‘ kann. Absolute Wirksamkeit ist die notwendige Bedingung jeder Allokationsentscheidung, hat allerdings ohne Angemessenheit i. S. einer weiteren notwendigen Bedingung keine Durchschlagskraft. Umgekehrt kann die Bedingung ‚Angemessenheit‘ allein ohne Nachweis der absoluten Wirksamkeit deren Nachweis nach strengen wissenschaftlichen Kriterien nicht ersetzen. Um eine positive Allokationsentscheidung rechtfertigen zu können, werden von allen angemessenen Leistungen nur die wirksamen berücksichtigt, gleichzeitig sind wirksame Maßnahmen ohne gegebene Angemessenheit von nachgeordneter Relevanz, da ihre Realisierung unter Alltagsbedingungen in Frage steht (Abbildung 33). Allerdings besteht zwischen den beiden notwendigen Bedingungen eine Rangfolge, denn eine fehlende Wirksamkeit macht weitere Überlegungen hinsichtlich der Angemessenheit der Leistungen überflüssig, während eine eingeschränkte Angemessenheit von als wirksam erkannten Leistungen die Finanzierung dieser Leistungen nicht beeinträchtigt, sondern Interventionen initiieren sollte, die die Angemesseneheit positiv beeinflussen können. Die Impfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) ist wirksam in der Kontrolle dieser schwerwiegenden Erkrankung; Die mangelnde Präferenz weiter Bevölkerungsteile (‚Impfmüdigkeit‘) schmälert die Aufnahme in den Erstattungskatalog nicht, sondern muss Gegenstand von Interventionen sein, die die Änderung der Präferenzen zum Ziel hat.

582. Angemessenheit stellt insofern eine Schlüsselqualität bei der Bewertung gesundheitsbezogener Leistungen dar. Die WHO hat mit dem mit dem Ziel 16 (‚Target 16‘) des Health 21 Programm, das ein Rahmenkonzept für die europäische Gesundheitspolitik darstellen soll, eine Orientierung der Mitgliedstaaten an ‚Health Outcomes‘, d. h. den Versorgungsergebnissen auf individueller und populationsbezogener Basis gefordert (Jakubowski 2000). Damit gewinnt Angemessenheit eine zentrale Rolle bei der Frage der Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung und hinsichtlich der gesundheitspolitischen Systemgestaltung.

Abbildung 33

Die Begriffe Bedarf und Angemessenheit. Der objektive Bedarf umfasst Leistungen, für die die absolute Wirksamkeit und die Angemessenheit nachgewiesen wurde.



Quelle: Eigene Darstellung

5.1.5 Angemessenheit und Versorgungsforschung

583. Unabhängig von der Frage, ob Angemessenheit den Charakter eines Werturteils trägt (z. B. Clouth 2004), beruht die Anwendung des Angemessenheitsprinzips auf der Annahme, dass im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext erfolgte Angemessenheitsurteile als allgemein nachvollziehbar angesehen werden können. Sie gründen somit auf wissenschaftlicher Plausibilität und gesellschaftlich konsentierten Werten. In diesem Zusammenhang gewinnt der Gesichtspunkt, inwieweit Entscheidungen annehmbar sind und ihnen Akzeptabilität – als eine Angemessenheit konstituierende Komponente – für den einzelnen und die Gemeinschaft zugeschrieben wird, eine große Bedeutung.

584. Gleichzeitig verweist diese Tatsache aber auf die Schwierigkeit, die Angemessenheit von Leistungen und Verfahren für Allokationsentscheidungen nutzbar zu machen. Die Feststellung der fachlichen und wissenschaftlichen Evidenz als notwendige Bedingung des objektiven Bedarfs hat ihre Methodik in der Evidenz-basierten Medizin gefunden und ist allseits akzeptiert. Weitere notwendige Kriterien des objektiven Bedarfs, insbesondere die Übereinstimmung mit individuellen und gesellschaftlichen Präferenzen, sind bislang nur unvollständig für nachvollziehbare Entscheidungsprozesse operationalisiert. Etwas besser ist die Situation bei der Kosteneffektivität von Verfahren, die jetzt ja auch im Rahmen des GKV-WSG zumindest für den Arzneimittelbereich in den Aufgabenbereich des IQWiG aufgenommen worden ist (§ 139a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Analog zu den Wirksamkeitsuntersuchungen (z. B. Therapiestudien) wurden in den letzten 10 Jahren Vorgehensweisen entwickelt, um die methodische Qualität von gesundheitsökonomischen Evaluationen beurteilen zu können (Drummond et al. 1996; Drummond et al. 1997), so dass den daraus resultierenden Entscheidungen auf der Makroebene eine Grundlage zur Verfügung steht, die valide zu sein scheint.

585. Weitaus weniger entwickelt erscheint die Situation bei den Fragestellungen zur Präferenz in individueller und gesellschaftlicher Hinsicht. Selbst bei gut definierten Gebieten wie der Erhebung der Lebensqualität ist die Methodenvielfalt sehr ausgeprägt, und es stellt sich die Frage, inwieweit die Validität der Ergebnisse ausreicht, um die Beantwortung von Allokationsfragestellungen zu unterstützen. In den USA hat die Federal Drug Administration (FDA) für die Industrie einen Führer für

die Anwendung der Methodik zu den Patient Related Outcome Measures (PRO's) herausgegeben, um die Validität der entsprechenden Untersuchungsergebnisse zu verbessern (Federal Drug Administration 2006). Natürlich besteht die Befürchtung, dass es zu einer Substitution von Kriterien der absoluten Wirksamkeit durch Präferenzen z. B. von einzelnen Patientengruppen kommt.

586. Es ist in diesem Zusammenhang sinnvoll, die Aufgabenstellung der Versorgungsforschung kritisch zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Das Paradigma der Versorgungsforschung ist das Umsetzungsdilemma, das sogenannte *effectiveness gap* (Schrappe/Scriba 2006). Versorgungsforschung ist daher als multidisziplinärer Forschungsansatz zu verstehen, der unter Zuhilfenahme von ökonomischen, verhaltenspsychologischen und sozialwissenschaftlichen Methoden die Umsetzung der in der klinisch-evaluativen Studie entwickelten Erkenntnis in die alltägliche klinische Praxis untersucht und Strategien entwickelt, diese Umsetzung zu verbessern und auf diese Weise mehr Patienten eine dem aktuellen Kenntnisstand und der Innovation adäquate Behandlung zukommen zu lassen (Clancy/Eisenberg 1998). Versorgungsforschung nimmt dabei die absolute Wirksamkeit (*efficacy*) einer Methode als grundsätzlich gegeben an und fragt, welche Faktoren den Übergang in die relative Wirksamkeit (*effectiveness*) beeinflussen.

In der Konsequenz kann daher die These aufgestellt werden, dass der Gegenstand der Versorgungsforschung in der wissenschaftlichen Untersuchung der Angemessenheit von Verfahren und Leistungen zu suchen ist, wobei hier entsprechend der o. g. Definition die Effizienzgesichtspunkte mit einbezogen sind. Das Konzept der Angemessenheit und das Forschungsfeld der Versorgungsforschung sind beide multidisziplinär ausgerichtet und stellen auf der einen Seite den Forschungsgegenstand, auf der anderen Seite den Forschungszugang dar.

587. Die Gesamtheit der methodischen und methodenkritischen Ansätze der Fachdisziplinen, die in der Versorgungsforschung kooperieren, können unter dem Begriff des Health Technology Assessment zusammengefasst werden: „*Health technology assessment (HTA) is the careful evaluation of a medical technology for evidence of its safety, efficacy, cost, and cost-effectiveness and its ethical and legal implications, both in absolute terms and in comparison with other competing technologies*" (Perry/Eliastam 1981: 2510). Auf HTA kommt daher auch in Deutschland eine Rolle und Bedeutung zu, wie sie mittlerweile im Bereich der klinisch-evaluativen Forschung durch die Evidenz-basierte Medizin eingenommen wird (SG 1997, Ziffer 143 und Ziffer 154, Abb. 11).

5.1.6 Operationalisierung des Begriffs Angemessenheit

588. Seit Beginn der internationalen Auseinandersetzung mit dem Begriff Angemessenheit steht dessen Messung im Mittelpunkt des Interesses. Je nach Grundverständnis stellt sich diese Aufgabe in unterschiedlicher Ausprägung. Bei einer Reduktion auf die Leitlinien-Compliance reicht die Etablierung von Appropriateness-Scores (Shekelle 2001); komplexere Konstrukte erforderten jedoch teilstandardisierte Gruppenprozesse, die z. B. Experten nach ihrer Einschätzung befragten (Brook et al. 1986). Ein modernes Konzept muss differenzierter vorgehen und nach Systemebene sowie nach der in Frage stehenden Dimension der Angemessenheit (ökonomisch, ethisch, juristisch …) unterscheiden.

Als Indikatoren für Angemessenheit auf Systemebene lassen sich gesundheitsbezogene Versorgungsergebnisse (Outcomes) im Verhältnis zu den dafür aufgewendeten Mitteln, Bedarfsgerechtigkeit, Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsgütern, die Qualität der Versorgung sowie Umfang und Dichte der Strukturen des Systems anführen. Es müssen aber auch andere Dimensionen beachtet werden wie z. B. Fairness oder Alltagstauglichkeit des Verfahrens. Als weiteres für die Angemessenheit relevantes Kennzeichen des Systems ist dessen Entwicklungsfähigkeit anzusehen. Dabei geht es um die Frage, wie weit eine stetige Dynamik in Richtung Verbesserung vorliegt, die sich z. B. als Fortschrittsdienlichkeit darstellt und durch Lernprozesse unterhalten wird. Betrachtet man unterschiedliche Ebenen des Systems, so ergeben sich die in Tabelle 15 dargestellten Indikatoren für Angemessenheit und entsprechende Wege ihrer Identifikation. Dabei handelt es sich nicht um die Zusammenstellung obligatorischer Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit z. B. ein Verfahren in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wird, sondern um Indikatoren, die variabel herangezogen werden können, um jeweilige Angemessenheitsentscheidungen zu unterstützen und abzusichern.

Tabelle 15

Indikatoren für Angemessenheit entsprechend der Ebene des Gesundheitssystems und der Angemessenheitsdimensionen.

Systemebene	Effizienz	Präferenzen	Entwicklungsfähigkeit	Alltagstauglichkeit	Fairness	Ethik
Gesundheitswesen	Mortalität, Morbidität, Strukturdaten u. aufgewendete Mittel (internationaler Vergleich)	Meinung der Bevölkerung und Versicherten, evtl. Wahlverhalten	politischer Prozess (Wahl), Verhalten (Konsum)	Verbesserung des Outcomes auf Versorgungsebene (*effectiveness*), (Registerdaten)	Übereinstimmung mit Gerechtigkeitsempfinden und gesetzliche Konformität (Umfrage, Jurisprudenz)	Übereinstimmung mit ethischen Grundhaltungen (z. B. Fokusgruppen)
Regionale Versorgung	Behandlungsergebnisse bei ausgewählten Diagnosen im Verhältnis zu aufgewendeten Mitteln (Vergleich zwischen Regionen)	Haltung der Bevölkerung zum Versorgungsangebot, Erreichbarkeit (Zugang)	Meinungsbildung über regionale Versorgung, Verbesserung und Verständigung über *area*-Indikatoren (s. Abschnitt 4.3.1).	Umsetzung der Versorgung auf regionaler Ebene, Indikatoren zur regionalen Versorgung	Übereinstimmung mit Gerechtigkeitsempfinden und Zugang für benachteiligte Gruppen	Übereinstimmung mit ethischen Grundhaltungen unter Berücksichtigung regionaler Faktoren und Ausprägungen
Zielgruppenbezug	Erfassungsgrad, Veränderung gruppenspezifischer Gesundheitsprobleme, Bedarfsgerechtigkeit (Inanspruchnahme, wissenschaftliche Empfehlungen einer bedarfsgerechten Versorgung)	subjektiver Bedarf und Nachfrage (Nutzung von Gesundheitsleistungen)	individuelles Verhalten, Gesundheitsverhalten, Prävention, Therapie und Kotherapie (Daten zur Umsetzung)	gruppenspezifische Evaluation (externe Validität von Verfahren)	Akzeptanz durch Zielgruppen, sozialgerichtliche Auseinandersetzungen (Verfahren)	politischer und ethischer Diskurs
Setting	Umfang und Art von Angeboten, Verhältnis zwischen Angeboten und deren Nutzung, Erreichungsgrad der Zielgruppen (Effektivität und Effizienz)	aus dem Setting erwachsene betriebliche/gemeinschaftliche Besonderheiten und Normen berücksichtigen	Entwicklungsfähigkeit von sozialen Strukturen berücksichtigen	Vorschlag für adäquate Verfahren	keine einseitigen Wertevorstellungen bevorzugen, berücksichtigt auch externe Bedingungen	Werte und Einstellungen werden Personen nicht aufgezwungen, Interviews

noch Tabelle 15

Systemebene	Effizienz	Präferenzen	Entwicklungs-fähigkeit	Alltagstauglichkeit	Fairness	Ethik
Institution	Bestand und Entwicklung der Organisation, Positionierung im Marktgeschehen (Bilanz)	Einstellung von Managementebene und Mitarbeitern	strategische Steuerung (Geschäftsbericht, Risikobericht)	Umsetzung von Verfahren, Innovationsfähigkeit, Sicherheitskultur (Umgehen mit Innovation, Scores zur Sicherheitskultur)	Einstellung des Managements und der Mitarbeiter zum Wettbewerb	Organisationskultur als Bestandteil einer intakten Führung (Leitbild)
Einzelner Patient	bedarfsgerecht und entsprechend anerkannter Qualitätsregeln (objektiver und subjektiver Nutzen, Erreichungsgrad des Behandlungsziels)	Patient-Reported Outcomes (PRO), Einstellung zu Leistungserbringern (Inanspruchnahme)	Veränderung von Verhalten und Inanspruchnahme, Information (Nutzung Informations-angebote)	Akzeptanz durch Patienten, Verbesserung des Outcome (Outcome-Messung)	entspricht Gerechtigkeitskriterien	Übereinstimmung und Akzeptanz des Verfahrens

Quelle: Eigene Darstellung

589. Um Angemessenheit in der Versorgung eines Gesundheitssystems zu erreichen, müssen eine Reihe von Selektionsprozessen bzw. -entscheidungen durchlaufen werden (Tabelle 16), die alle in charakteristischer Weise den Grad der Angemessenheit modulieren. Keines dieser Elemente ist für sich betrachtet konstitutiv. Das Verhältnis und die Gewichtung der Faktoren untereinander befindet sich in der Diskussion. Die Tabelle soll auch verdeutlichen, dass sich die Mehrzahl der hier getroffenen Entscheidungen in einem Ermessensspielraum vollzieht und nur bedingt übertragbar ist bzw. nicht nach vorgegebenen Standards erfolgen kann.

590. Der zentrale Aspekt bei diesem Bewertungs- und Entscheidungsprozess ist die Frage der Allokationsentscheidung, vor allem im Zuständigkeitsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG). Die Entscheidungsgrundlagen zur absoluten Wirksamkeit sind allgemein anerkannt. Die Frage besteht jetzt darin, welche Rolle Angemessenheitsfaktoren bei Wirkungsäquivalenz einnehmen (der Fall, dass Angemessenheit bei Wirkungsinferiorität zur Entscheidung zugunsten des inferioren Produktes herangezogen wird, soll hier nicht weiter diskutiert werden, da die Wirksamkeit als notwendiges Kriterium gelten muss). Zu unterscheiden ist hier wiederum, ob die einzelnen Dimensionen der Angemessenheit in die gleiche oder in widersprüchliche Richtungen weisen. Liegen die Patientenpräferenzen z. B. bei Präparat A, die Kosteneffektivität aber bei Präparat B, muss das Kostenargument unter den Bedingungen der Mittelknappheit als sehr schwerwiegend gelten. Allerdings ist zu klären, wie hoch der Kostenunterschied sein muss, um einen Unterschied bzgl. der Präferenz auszugleichen bzw., ob es einen Unterschied in der Präferenz gibt, der so ausgeprägt ist, dass ein Kostennachteil in Kauf genommen wird.

591. Allerdings ist Grundvoraussetzung eines solchen Vorgehens, dass alle Aspekte der Angemessenheit, also einschließlich der Kosteneffektvität und der Präferenz, nach nachvollziehbaren, validen methodischen Verfahren dargelegt sind. Im Prinzip ist für die verschiedenen Dimensionen der Angemessenheit ein ähnlicher Prozess des Gradings der methodischen Zugänge zu fordern, wie dies für diagnostische oder therapeutische Evaluationsstudien in der Vergangenheit aufgearbeitet wurde. Der Rat möchte mit Nachdruck darauf hinweisen, dass es eine der wichtigsten Aufgaben der Versorgungsforschung in den nächsten Jahren ist, die Methoden zur Evaluation der Angemessenheit und ihrer Dimensionen zu evaluieren und dezidierte Standards zu entwickeln. Dies gilt nicht nur für

Tabelle 16

Entscheidungsschnittstellen mit Einfluss auf die Angemessenheit der Versorgung

Fragestellung	Träger der Entscheidung	Standardisierungsgrad der Entscheidung
Selektion der Fragestellungen für die Grundlagenforschung	wissenschaftliche Experten	nicht standardisiert
Auswahl für Produktentwicklung	Produkthersteller	nicht standardisiert
Zulassung des Produktes für den Markt	gesetzliche Regelungen	normiert
Zulassung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen	gesetzliche Regelungen und Akteure im Gesundheitswesen (G-BA)	teilweise standardisiert (Ermessensspielraum)
Umsetzung und Umsetzungsbedingungen in der allgemeinen Versorgung	Wissenschaft: Versorgungsforschung	nicht standardisiert
Ansprüche an Qualität beim Einsatz des Verfahrens	Produkthersteller, Leistungserbringer	teilweise standardisiert, überwiegend nicht standardisiert
Nutzenbewertung seitens des Patienten	Patient und Behandelnder	nicht standardisiert
Nutzenbewertung auf institutioneller Ebene	Angehörige der Institutionen, Patienten	nicht standardisiert
Nutzenbewertung seitens der Gesellschaft	Politik und Gesellschaft	nicht standardisiert

Quelle: Eigene Darstellung

gesundheitsökonomische Evaluationen, wo dieser Prozess schon relativ weit vorangeschritten ist, sondern insbesondere auch für die Präferenzforschung. Wenn dies nicht gelingt, ist zu befürchten, dass Marketinganstrengungen, die bis hin zur Förderung von Patientenselbsthilfegruppen reichen können, den wissenschaftlichen Bemühungen um die Etablierung einer anspruchsvollen Versorgungsforschung und den Versuchen zur Entwicklung rationaler Allokationsverfahren – soweit sie über die Evaluation der absoluten Wirksamkeit hinausgehen – auf der Makroebene das Wasser abgraben.

5.1.7 Zwischenfazit

592. Angemessenheit ist ein multidimensionales Konzept zur Beschreibung des objektiven Bedarfs, das in Ergänzung der absoluten Wirksamkeit Effizienz und andere Faktoren zusammenfassend darstellt, die Auskunft über die Alltagstauglichkeit von Verfahren geben und Präferenzen auf individueller oder Systemebene zugänglich machen. Angemessenheit ist eine der absoluten Wirksamkeit nachgeordnete, gleichwohl notwendige Bedingung für die Definition des objektiven Bedarfs. Neben der Effizienz beschreibt Angemessenheit Kriterien wie Lernfähigkeit, Legitimität (*Fairness*) und ethische Grundeinstellungen, weiterhin spielen die Patient-Reported Outcomes (PRO's; z. B. Schmerz) eine wichtige Rolle. Angemessenheit ist auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystemes unterschiedlich zu definieren und zu bewerten. Instrumente zur Messung und nachvollziehbaren Beschreibung von Angemessenheit, wie sie zur Gestaltung von Allokationsentscheidungen auf den unterschiedlichen Ebenen notwendig wären, sind noch nicht durchgängig entwickelt. Hier ist die Versorgungsforschung gefordert, die für die Methodik der Disziplinen, die für die Messung der differenten Dimensionen der Angemessenheit zuständig sind, Standards aufstellen muss, so dass über die Qualität von Studien zur Angemessenheit von Verfahren Einvernehmen hergestellt werden kann. Diese Methoden müssen in Bewertungen i. S. des Health Technology Assessment einfließen. In diesem Fall können Kriterien der Angemessenheit eine wichtige Rolle bei der Beschreibung des objektiven Bedarfs spielen und in Allokationsentscheidungen einbezogen werden.

5.2 Patientensicherheit

593. Patientensicherheit hat sich in vielen Ländern (USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien und Dänemark) und in den letzten Jahren auch in Deutschland zu einem zentralen Thema entwickelt, dem große Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, den Medien, in der Gesundheitspolitik, den professionellen Gremien und in den Patientenorganisationen zukommt. In Deutschland hat der Sachverständigenrat ausführlich zu diesem Thema Stellung genommen (GA 2003, I, Ziffer 360ff.) und basierend auf einem modernen Konzept der Fehlerentstehung die Nomenklatur und die Ansätze für Präventionsstrategien dargestellt. Das vorliegende Unterkapitel erweitert das Thema um neuere Erkenntnisse zur Epidemiologie und Erhebungsmethodik, diskutiert die Berechtigung zur Etablierung von Patientensicherheits-Indikatoren und gibt Empfehlungen zu einer Auswahl von Indikatoren, die Aspekte der Patientensicherheit und in besonderem Maße der Arzneimittelsicherheit berücksichtigen.

594. Durch die Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. im April 2005 unter Einschluss der meisten Partner im deutschen Gesundheitswesen hat die Thematik auch hierzulande eine Struktur gefunden, in der konkrete Projekte und Strategien angegangen werden können.[160] Die Forschungs- und Geschäftsstelle des Aktionsbündnisses führt ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt durch, das u. a. einen systematischen Review zur Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Schäden und Behandlungsfehlern, eine Erfassung der aktuellen deutschen Aktivitäten sowie methodenorientierte Fragestellungen beinhaltet (Schrappe et al. 2006). Auf diese Ergebnisse wird im Folgenden in einzelnen Fällen Bezug genommen.

5.2.1 Epidemiologie

5.2.1.1 Nomenklatur als Basis für epidemiologische Aussagen

595. Zum Verständnis des modernen Fehlerkonzeptes und insbesondere der epidemiologischen Daten zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, Fehlern, Beinaheschäden, Schäden und Behandlungsfehlern ist es sinnvoll, an dieser Stelle nochmals auf die Nomenklatur einzugehen. Es wird dabei unmittelbar Bezug genommen auf die Definitionen des Sachverständigenrates (GA 2003, Ziffer 360ff.). Die international verwendeten Definitionen, die bei epidemiologischen Untersuchungen und bei Maßnahmen zur Prävention und Folgenminimierung eingesetzt werden, haben in den letzten Jahren ein zunehmend einheitliches und kohärentes Bild ergeben (Barnes et al. 2006).

596. Die wichtigste Grundlage eines adäquaten Verständnisses ist die Unterscheidung zwischen epidemiologischer und juristischer Nomenklatur. Die unterschiedliche Herangehensweise wird vor allem beim Begriff ‚Schaden' deutlich. Der Sachverständigenrat ist im Jahr 2003 der epidemiologischen Sicht gefolgt und definiert: „Ein Schaden liegt vor, wenn die Schädigung vermeidbar ist und der negative Nutzen einer medizinischen Maßnahme den positiven Nutzen übersteigt (Nettonutzenprinzip)" (GA 2003, Ziffer 365). Diese epidemiologisch und ökonomisch geprägte Definition bezieht sich auf die Vermeidbarkeit des Ereignisses und entspricht dem Begriff des *preventable adverse event* (vermeidbares unverwünschtes Ereignis, VUE) in der englischsprachigen Nomenklatur. Vermeidbar ist ein Ereignis, wenn es auf einen Fehler zurückgeht (s. u.). Der juristische Begriff des Behandlungsschadens umfasst demgegenüber alle negativen Ereignisse, die nicht auf den Krankheitsverlauf zurückzuführen sind, neben den Behandlungsfehlern also auch

[160] s. www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de, z. B. Empfehlungen zur Prävention von Seiten- und Eingriffsverwechselungen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) entspricht sinngemäß durchaus der Forderung des Sachverständigenrates nach einem „nationalen Konsens- und Kooperationsprozess aller relevanten Akteure des deutschen Gesundheitswesens" (GA 2003, Ziffer 497).

nicht vermeidbare Behandlungsfolgen (Thomeczek et al. 2004).

597. In Erweiterung der Begriffsdefinition des SVR (GA 2003, Ziffer 367) wird daher der Begriff des unerwünschten Ereignisses (*adverse event*) eingeführt (Olsen et al. 2007). Das unerwünschte Ereignis ist „*an injury resulting from a medical intervention, or in other words, it is not due to the underlying condition of the patient*“ (Kohn et al. 1999: 3), es ist „*an injury that was caused by medical management rather than the patient's underlying disease (...) an adverse event may or may not result from an error*“ (Barnes et al. 2006: 4).

Diese Definition hat sich in epidemiologischen Untersuchungen bewährt: „an AE (adverse event) was operationally defined as (1) an unintended injury, (2) resulting in temporary or permanent disability, including increased length of stay and/or financial loss to the patient, and (3) caused by health care management rather than the underlying disease process. Each of these criteria needed to be fulfilled in turn to ascertain whether an AE had occurred” (Davis et al. 2001: 4; s. auch Olsen et al. 2007).

598. Der Schaden umfasst demnach diejenige Untergruppe der unerwünschten Ereignisse, die auf einen Fehler zurückgehen und auch als vermeidbare unerwünschte Ereignisse bezeichnet werden: *„Preventable adverse events were those that would not have occurred if the patient had received ordinary standards of care appropriate for the time of the study”* (Michel et al. 2004: 199). Der IOM (Institute of Medicine)-Report *To Err Is Human* formuliert explizit: „*An adverse event attributable to error is a ‚preventable adverse event'*“ (Kohn et al. 1999: 24). Vermeidbare unerwünschte Ereignisse sind daher auch methodisch schwieriger zu erfassen als unerwünschte Ereignisse, da zusätzlich zu dem Ereignis die Vermeidbarkeit festgestellt werden muss. In der internationalen Literatur gibt es hierzu mehrere methodische Annäherungen: „*Preventability of an AE was assessed as an error in health care management due to failure to follow accepted practice at an individual or system level*” (Davis et al 2001: 5). Die Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors definiert ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis als „*an injury (or complication) that results fom an error or systems failure*” (Davis et al. 2001: 5) und unterscheidet

– Typ 1: Fehler durch den betreuenden Arzt,
– Typ 2: Fehler durch ein anderes Mitglied des Behandlungsteams,
– Typ 3: Systemfehler.

599. Nicht alle Fehler führen zu unerwünschten Ereignissen, diese werden daher als Beinaheschäden bezeichnet (s. auch GA 2003, Ziffer 367): „an error that could have caused harm but did not reach the patient because it was intercepted“ (Barnes et al. 2006: 4). Es ist evident, dass der Begriff des ‚Beinahefehlers' – obwohl gängig – nicht korrekt ist, da es sich in jedem Fall um einen Fehler handelt. Man kann Beinaheschäden, also Fehler, die zu keinen Folgen führen, auch unter den Begriff ‚Ereignis' fassen, so dass sich als Definition ebenfalls anbietet: „*any event that could have had adverse consequences but did not and was indistinguishable form fully fledged adverse events in all but outcome*“ (Barrach/Small 2000: 761).

600. Der Begriff des Behandlungsfehlers bezieht sich wiederum auf eine Untergruppe der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse (Schäden), bei der es zu einer Verletzung der Sorgfaltspflicht gekommen ist (englischsprachig negligent adverse event). „Behandlungsfehler ist ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, der medizinisch nicht indiziert war oder, bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft (in der aktuellen Zeit) und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen wurde, sowie das Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs.“ (Laum 2000: 44; s. auch GA 2003, Ziffer 367). Der Begriff *negligent adverse event* wird im IOM Report 1999 wie folgt definiert: „*Negligent adverse events represent a subset of preventable adverse events that satisfy legal criteria used in determining negligence (i.e., whether the care provided failed to meet the standard of care reasonably expected of an average physician qualified to take care of the patient in question).*“ (Kohn et al. 1999: 24).

601. Der Begriff des Ereignisses (*incident*) ist wichtig für das adäquate Verständnis des Konzeptes des Critical Incident Reporting System (CIRS). Anders als der Begriff *critical incident* suggeriert, schränkt sich ein CIRS nicht auf Großereignisse, sondern soll gerade Beinaheschäden einbeziehen. Es ist also sinnvoll, von Ereignissen (*incidents*) sowohl bei unerwünschten Ereignissen als auch bei (schweren) Fehlern zu sprechen (*‚an adverse event or serious error'*), so wie die Massachusetts Coalition es auch handhabt (Barnes et al. 2006).

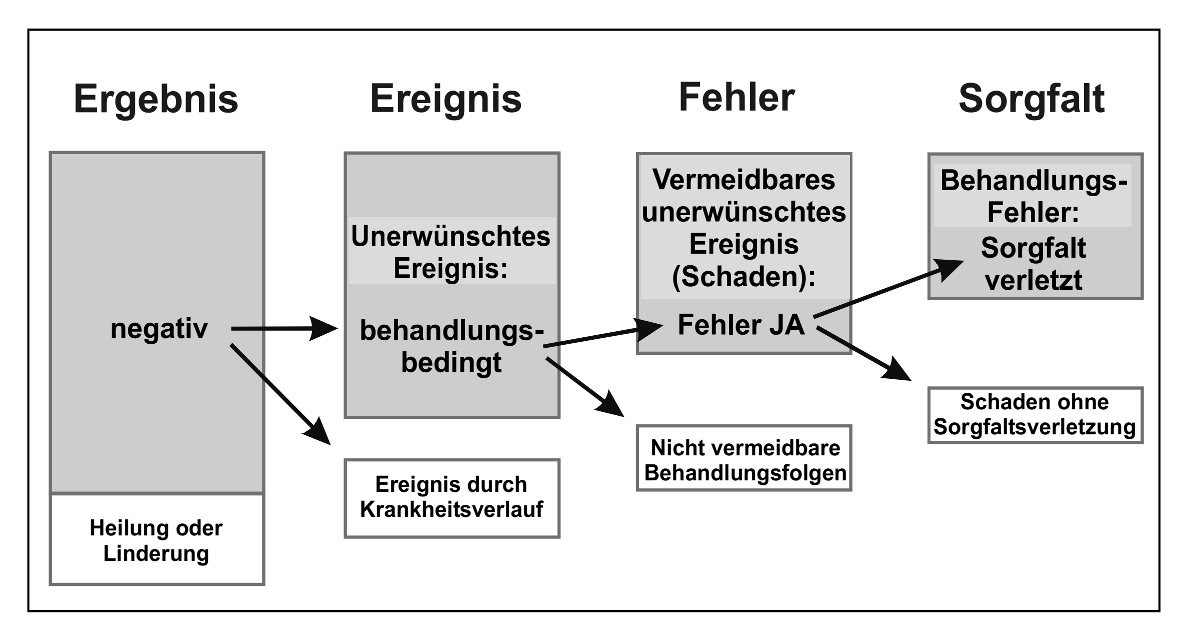
602. Zusammenfassend werden folgende Definitionen verwendet:

– Ereignis (*event, incident*): unerwünschtes Ereignis und/oder Fehler,
– unerwünschtes Ereignis (*adverse event*): negatives Ergebnis bedingt eher durch die Behandlung als durch den Krankheitsverlauf,
– Fehler (*error*): Regelverletzung oder falscher Plan,
– Beinaheschaden (*near miss*): Fehler, bei dem kein unerwünschtes Ereignis aufgetreten ist,
– Vermeidbares unerwünschtes Ereignis/Schaden (*preventable adverse event*): unerwünschtes Ereignis, das auf einen Fehler zurückzuführen ist,
– Behandlungsfehler (*negligent adverse event*): vermeidbares unerwünschtes Ereignis, bei dem eine Verletzung der Sorgfaltspflicht vorliegt.

Die unerwünschten Ereignisse stellen eine Untergruppe aller negativen Ergebnisse dar, die vermeidbaren unerwünschten Ereignisse/Schäden wiederum diejenige Untergruppe der unerwünschten Ereignisse, die auf einen Fehler zurückgehen, und die Behandlungsfehler die Untergruppe der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse, bei denen eine Sorgfaltsverletzung festzustellen war (Abbildung 34).

Abbildung 34

Epidemiologisch orientierte Nomenklatur (die Größe der Rechtecke entspricht nicht der relativen Häufigkeit)



Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs: Beispiel (epidemiologische Nomenklatur): eine ‚Penicillinallergie'

Ein Patient bekommt während eines stationären Aufenthalts einen Ausschlag am Brustkorb (Exanthem). Es handelt sich um ein ‚negatives Ergebnis', es ist zwar nicht bedrohlich, aber lästig. Wenn am Tage davor eine Penicillin-Therapie begonnen wurde, handelt es sich um ein ‚unerwünschtes Ereignis', das im Rahmen einer Behandlung auftrat; wenn es nicht im Rahmen einer Antibiotika-Therapie zustande kam, könnte es aber auch ein Symptom der zugrundeliegenden Krankheit sein (z. B. einer Viruserkrankung). Hat der Arzt allerdings vergessen, den Patienten vor Beginn der Antibiotika-Therapie zu fragen, ob bei ihm eine ‚Penicillinallergie' vorliegt, dann ist ein Fehler aufgetreten, und das Exanthem wäre als (kleiner) ‚Schaden' zu werten. Anderenfalls, also wenn der Patient nach einer bekannten Allergie gefragt wurde und er entweder dies verneint hat oder gar angab, noch nie Antibiotika erhalten zu haben, ist das gleiche Ereignis eine ‚nicht vermeidbare Behandlungsfolge', denn man konnte es auch bei Befolgen aller Regeln nicht verhindern. War es allerdings so, dass der Patient eine Viruserkrankung hätte haben können, bei der ein Exanthem besonders regelmäßig und schwer auftritt (z. B. eine infektiöse Mononukleose – Pfeiffer'sches Drüsenfieber), dann kann sogar eine Verletzung der Sorgfaltspflicht diskutiert werden, denn hier ist eine bekannte und besonders typische Konstellation mißachtet worden, die jedem Arzt bekannt sein sollte.

603. Mit dieser Nomenklatur läßt sich eine Vergleichbarkeit mit der internationalen epidemiologischen Literatur herstellen, eine unabdingbare Voraussetzung für die Einordnung der epidemiologischen Daten in Deutschland und die Klärung der Transferierbarkeit internationaler Daten.

Wie wichtig diese Klärung der Nomenklatur ist, zeigt die Beobachtung, dass Häufigkeitsschätzungen aus juristischer und epidemiologischer Perspektive erheblich differieren. Aus juristischer Perspektive werden regelmäßig weitaus geringere Zahlen genannt als aus epidemiologischer Sicht. Der ersteren Perspektive liegen Daten aus gerichtlichen oder anderweitig normierten Verfahren zugrunde (z. B. Meldungen von Rechtsschutz- oder Haftpflichtversicherungen), während der epidemiologischen Perspektive Untersuchungen aus Akten oder direkte Beobachtung zugrundeliegen. Die juristische Perspektive unterschätzt die Häufigkeit von Schäden ungefähr um den Faktor 1:30, da nur zwischen 1 % und 5 % aller Schäden einer rechtlichen Klärung zugeführt werden (sogenanntes *disclosure gap)* (Blendon et al. 2002; Studdert et al. 2000).

5.2.1.2 Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen und Sterblichkeit: Systematischer Review des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

604. Für das Vorgehen und die Diskussion in Deutschland zum Thema Patientensicherheit, stellt sich die wichtige Frage, ob die international vorliegenden Daten zur Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Schäden, Fehlern und Behandlungsfehlern (Nomenklatur s. Ex-

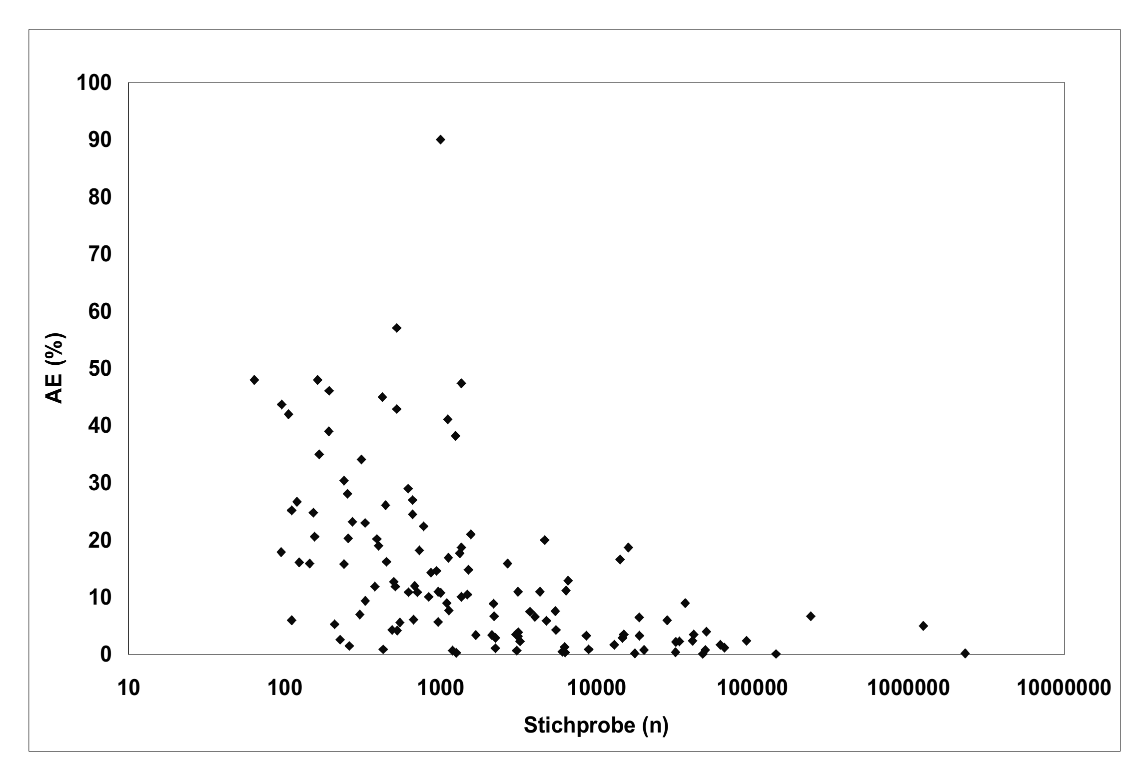
kurs) für das deutsche Gesundheitswesen eine verlässliche Entscheidungsgrundlage zur weiteren Auseinandersetzung mit der Thematik darstellen. Hierbei kommt es weniger auf eine punktgenaue Häufigkeitsabschätzung an als auf die Robustheit der Daten hinsichtlich Erhebungsmethodik, länderspezifischer Einflüsse, Mix der Fachdisziplinen und anderer Kategorien. Die Forschungsstelle des Aktionsbündnis Patientensicherheit führte daher einen systematischen Literaturreview zur Epidemiologie durch, der in Teilen in der Agenda Patientensicherheit 2006 sowie der Agenda Patientensicherheit 2007 veröffentlicht wurde (Schrappe et al. 2006; Schrappe et al. 2007) und hier kurz referiert wird.

605. Die Methodik der Analyse orientierte sich an der Technik des systematischen Reviews. Eingeschlossen wurden Originalarbeiten aus den Datenbanken Pubmed und Embase, die in den Jahren 1995 bis 2005 publiziert wurden und Primärdaten zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, Schäden, Behandlungsschäden, Fehlern und Beinaheschäden enthielten, die mit einer klar benannten Erhebungsmethode an einem definierten Patientenkollektiv durchgeführt wurden. Die Literaturverzeichnisse der primär eingeschlossenen Studien wurden einer zusätzlichen Analyse unterzogen. Aus einer Untergruppe von 51 Studien wurden Daten zur Mortalität extrahiert.

Der Literaturreview identifizierte 165 Veröffentlichungen mit insgesamt 184 Studien. Der größte Teil dieser Studien stammte aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Deutschland fand sich mit 7 Studien auf dem sechsten Platz. Die meisten der 184 Studien wurden in stationären Einrichtungen durchgeführt, ein weiterer Schwerpunkt lag im Arzneimittelbereich. Die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse im Krankenhaus lag zwischen 0,1 % und 20 % und die Häufigkeit von Schäden zwischen 0,1 % und 10 % der eingeschlossenen Patienten. Aufgrund der kleineren Studienzahl sind die Werte für Fehler und Beinaheschäden weniger eindeutig. Todesfälle wurden in der bisherigen Analyse noch nicht abschließend ausgewertet. Die Streuung der Ergebnisse der Studien hängt im *funnel plot* (Trichtergraphik) deutlich von der Zahl der eingeschlossenen Patienten ab, in Studien ab 1 000 Patienten stabilisiert sich die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen in einer Größenordnung zwischen 5 % und 10 % und die Häufigkeit von Schäden auf Werte zwischen 2 % und 4 % der eingeschlossenen Patienten. Diese Verteilung lässt indirekt auf eine gute Validität und Reliabilität der Studien schließen (Abbildung 35), insbesondere da kein Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Art der verwendeten Erhebungsmethode oder den Ländern, in denen die Studien durchgeführt wurden, festgestellt werden konnte.

Abbildung 35

Häufigkeit von unerwünschte Ereignissen (*adverse events*, AE) in Abhängigkeit von der Stichprobengröße der in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten (*funnel plot*)



Quelle: Modifiziert nach Schrappe et al. 2006

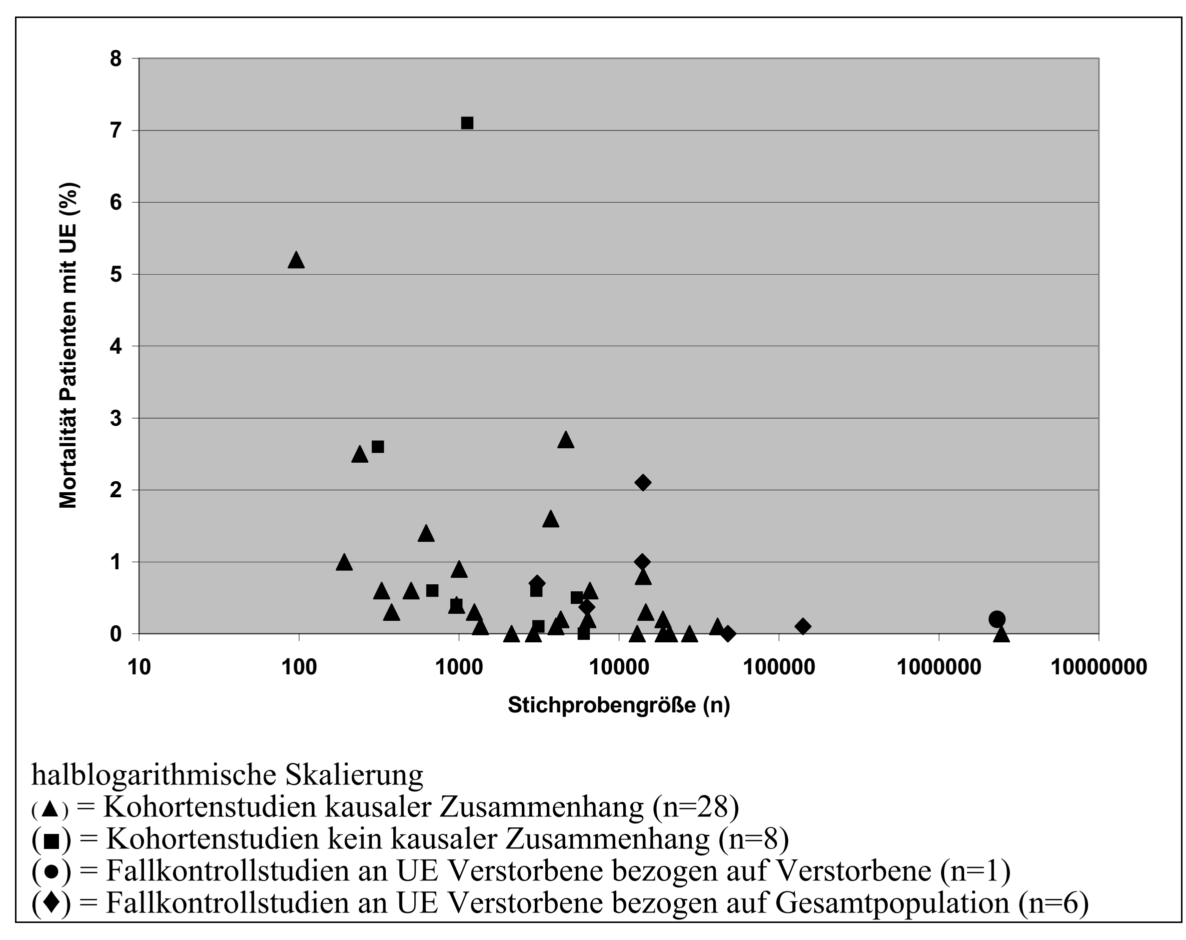
606. Die deutschen Studien gaben Ereignishäufigkeiten wieder, wie sie auch in den internationalen Studien gemessen wurden. Das vorhandene Studienmaterial genügte weder, die Verteilung nach Fachdisziplinen zu bewerten, noch die verhältnismäßige Häufigkeit zwischen verschiedenen Ereigniskategorien (z. B. Medikationsereignisse oder Ereignisse im Bereich operativer Eingriffen) darzustellen. Die verwendete Erhebungsmethode wurde deutlich von der Art der Beobachtungsendpunkte bestimmt, so eignete sich die Durchsicht von Patientenunterlagen vor allem für die Feststellung von unerwünschten Ereignissen und Schäden, während Fehler und Beinaheschäden eher durch freiwillige Meldungen und direkte Beobachtung untersucht wurden.

607. Der Review zur Mortalität, der in der Agenda Patientensicherheit 2007 veröffentlicht wurde (Schrappe et al. 2007), basierte auf einer Untergruppe von 51/184 Studien in 48/165 Veröffentlichungen aus dem systematischen Review zur Häufigkeit (s. o.). Es handelte sich um 39 Kohortenstudien und 12 Fallkontrollstudien. In 45/51 Studien wurde die Sterblichkeit bezogen auf die Gesamtpopulation untersucht. Unerwünschte Ereignisse (UE) wurden in 43 und vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE) in 19 Studien erhoben (11 beide). In 43 Studien wurden Krankenhauspatienten beobachtet, 31 davon gehörten zu der wichtigen Gruppe der 36 Kohortenstudien über UE. Der mediane Stichprobenumfang betrug 4 031 Patienten, 18 Studien wurden in den USA, 2 in Deutschland durchgeführt.

608. Jeweils bezogen auf die Gesamtpopulation zeigen 20/36 Kohortenstudien und 3/6 Fallkontrollstudien zu UE sowie 8/14 Studien (7/13 Kohortenstudien) zu VUE eine Sterblichkeit von unter 0,5% aller Patienten (Abbildung 36 und Abbildung 37). In 10 Studien, in denen die Berechnung des relativen Risikos (RR), bei Auftreten eines UE zu versterben, möglich war, zeigten 6 Studien ein RR > 1 (Streuung 1,32 – 9,15) und 4 Arbeiten ein RR < 1 (0,36 – 0,88). Die Werte im Krankenhaus lagen erwartungsgemäß über den Werten in anderen Versorgungsbereichen. Es war eine Abnahme der Streuung mit zunehmendem Stichprobenumfang zu beobachten. Ein Einfluss des Landes, in dem die Studie durchgeführt wurde, war nicht nachzuweisen.

Abbildung 36

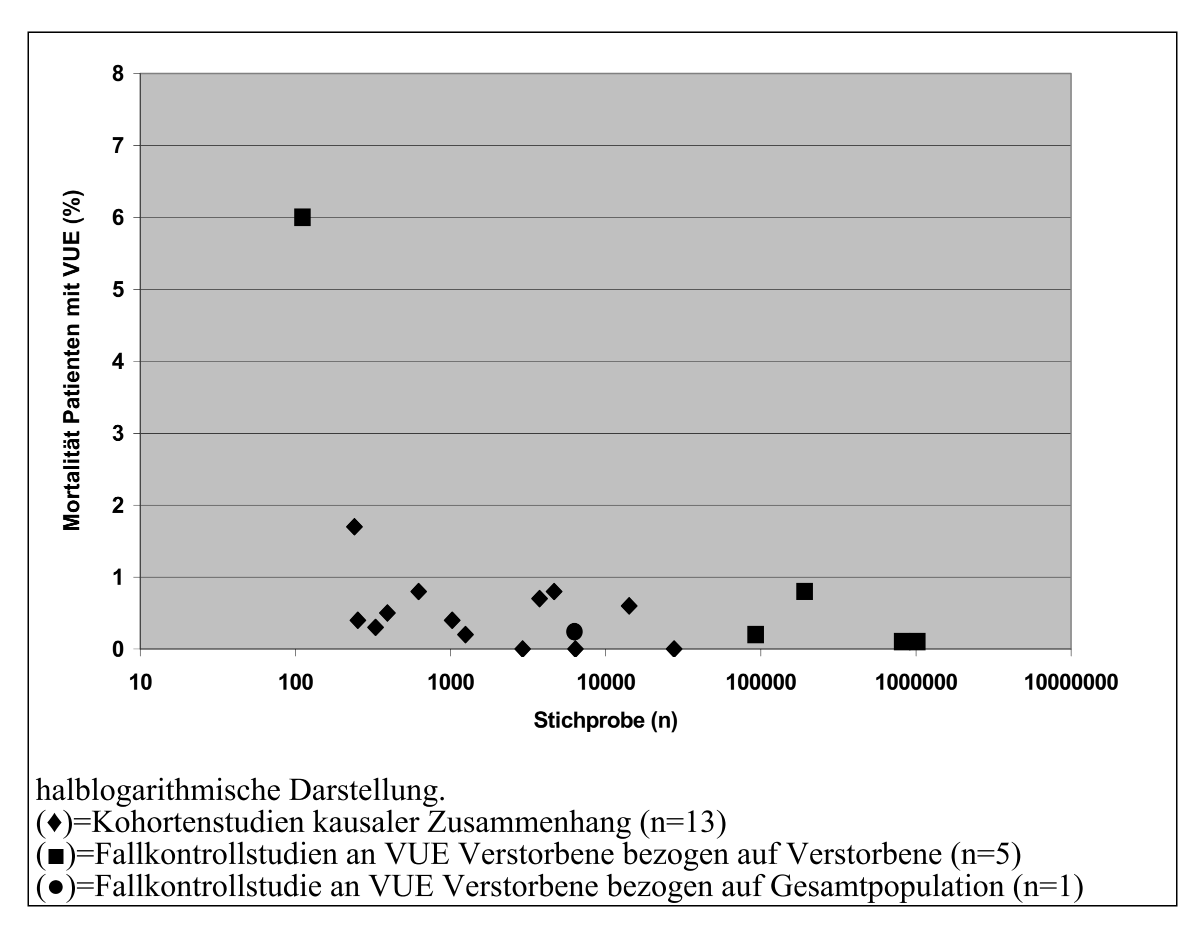
Mortalität für Patienten mit unerwünschten Ereignissen (UE) über alle Studiengruppen (n=43 Studien)



Quelle: Modifiziert nach Schrappe et al. 2007

Abbildung 37

Mortalität für Patienten mit vermeidbaren unerwünschten Ereignissen (VUE) über alle Studiengruppen (n=19 Studien)



Quelle: Modifiziert nach Schrappe et al. 2007

609. Der Review kann eine aussagekräftige Zahl von Studien zur Mortalität durch UE und VUE identifizieren, insbesondere für den Krankenhausbereich. Die Streuung der Ergebnisse ist bei größerem Stichprobenumfang gering, so dass indirekt von einer hinreichenden Validität der Studien ausgegangen werden kann. Die Analyse zeigt, dass mit der Annahme einer durch VUE bedingten Mortalität von 0,1% aller Krankenhauspatienten in Deutschland der Effekt mit Sicherheit nicht überschätzt wird.

610. Zusammenfassend kann für den Krankenhausbereich eine Größenordnung von 5-10 % unerwünschter Ereignisse, 2-4 % Schäden, 1 % Behandlungsfehler und 0,1 % Todesfälle, die auf Fehler zurückgehen, angenommen werden. Die angegebenen Zahlen können als zuverlässige Schätzung gewertet werden, insbesondere wenn sie im Zusammenhang mit Ereignissengruppen mit bekannter Häufigkeit gesehen werden. So kommen nosokomiale Infektionen bei 3-5 % aller Patienten (Rueden et al. 1996), arzneimittelbedingte unerwünschte Ereignisse bei 0,17-6,5% (Lazarou et al. 1998) und auf Medizinprodukte zurückgehende Ereignisse bei bis zu 8 % vor (Samore et al. 2004); hinzu kommen Stürze bei 2,4 % und Dekubiti bei 4,2 % der Patienten (Dassen 2004). Allein diese Befunde zeigen, dass der systematische Review eher als konservative Näherung anzusehen ist. In aller Deutlichkeit muss man daher die Größenordnung des Problems herausstellen: geht man von jährlich 17 Mio. Krankenhauspatienten aus, dann ist allein im Krankenhausbereich mit

- 850 000 bis 1,7 Mio. unerwünschten Ereignissen,
- 340 000 bis 720 000 Schäden (vermeidbare unerwünschte Ereignisse),
- 170 000 Behandlungsfehlern (mangelnde Sorgfalt) und
- 17 000 auf VUE zurückgehenden Todesfällen

zu rechnen. Der gesamte ambulante Bereich ist dabei noch gar nicht berücksichtigt.

5.2.2 Patientensicherheit: Erhebungsmethodik

611. Auch eine vergleichende Darstellung der Erhebungsmethoden wurde in der Agenda Patientensicherheit 2007 vorgenommen (Schrappe et al. 2007). Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

– Chart Reviews, computergestützte Warnsignale, Routinedaten, klinische Daten und direkte Beobachtung sind gute Instrumente zur Erhebung epidemiologischer Daten, freiwillige Meldungen und CIRS wegen ihrer geringen Sensitivität und Befragungen wegen der schlechten Definition der Grundgesamtheit dagegen nicht gut geeignet.

– Die vier erstgenannten Erhebungsmethoden werden zur Messung von unerwünschten Ereignissen eingesetzt, die direkte Beobachtung zur Erfassung von Fehlern. Chart Reviews und klinische Daten können zusätzlich Aussagen zur Vermeidbarkeit machen und identifizieren somit den Teil der UE, der auf Fehler zurückgeht. Die direkte Beobachtung ist am besten dazu geeignet, Erkenntnisse zur Häufigkeit von Fehlern und deren Vermeidbarkeit zu erheben.

– Chart Reviews und Routinedaten unterschätzen die tatsächlichen Häufigkeiten wegen mangelnder Dokumentationsqualität von Patientenakten und Routinedaten. Die direkte Beobachtung scheint die tatsächlichen Ereignishäufigkeiten eher zu überschätzen, ebenso wie computerbasierte Warnsysteme, die nur als Vorstufe eines Chart Review eingesetzt werden sollten. Am ehesten kann man realistische Häufigkeitsschätzungen von klinischen Daten erwarten.

612. Große Studien ab mehreren tausend Patienten stützen sich im allgemeinen auf Chart Reviews mit oder ohne PC-Warnsysteme oder auf Routinedaten. Die geringere Streuung und Ereignishäufigkeit in großen Studien (Abbildung 35) lassen sich somit z. T. mit der Auswahl der Erhebungsmethoden erklären. Allerdings weist auch die große Gruppe der Studien mit retrospektivem Chart Review eine deutliche Varianzreduktion mit zunehmendem Stichprobenumfang auf, so dass diese letztlich von der Auswahl der Erhebungsmethoden unabhängig sein dürfte und die Interpretation zulässig ist, dass die Reduktion der Streuung ein indirekter Hinweis auf die Validität der Studienlage ist.

5.2.3 Patientensicherheits-Indikatoren (PSI)

613. Indikatoren werden im Qualitätsmanagement verwendet, um die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Ereignissen zu beschreiben, bei denen die Notwendigkeit weiterer Analysen besteht und ein Eingreifen geboten erscheint (s. Exkurs). Der Einsatz von Indikatoren ist umso sinnvoller, je größer der Messaufwand und je schlechter die Messgenauigkeit der direkten, also nicht auf Indikatoren basierenden, Erhebungsmethoden ist. Indikatoren selbst müssen möglichst machbar, reliabel und valide sein und werden nach ihrer Sensitivität für das zu verhindernde Ereignis ausgewählt. In diesem Abschnitt werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

– Ist es sinnvoll, Patentensicherheits-Indikatoren als Untergruppe von Qualitätsindikatoren abzugrenzen?

– Wenn ja, welche Patientensicherheits-Indikatoren lassen sich identifizieren, und wie sind die internationalen Daten zu Reliabilität und Validität?

– Sind in Deutschland die Voraussetzungen für die Erhebung von Patientensicherheits-Indikatoren gegeben?

– Ist die Verwendung von PSI-Sets analog zu Sets genereller Qualitätsindikatoren zu empfehlen?

Auf die Frage der Veröffentlichung von Patientensicherheits-Indikatoren wird im Rahmen der Diskussion zu *public disclosure* und zur Qualitäts-bezogenen Vergütung (*pay for performance*) in den darauf folgenden Kapiteln eingegangen.

Exkurs: Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung

Nach der Definition der JCAHO wird der Indikator als ein gut messbarer Parameter beschrieben, der die Qualität indirekt abbildet (JCAHO 1990). Mit diesem Instrument kann die Aufmerksamkeit auf Leistungen in Einrichtungen gelenkt werden, die einer detaillierten Analyse bedürfen.[161] Ein Indikator ist somit in diesem Kontext als ein Parameter zu verstehen, der definierte unerwünschte Ereignisse valide vorhersagt (Schrappe 2001a). Je nach Aufgabenstellung und Gesundheitssystemen sind unterschiedliche Indikatoren erforderlich. Die Systematik der Indikatoren unterscheidet je nach Perspektive folgende Formen:

– Epidemiologie: Einzelereignisse (*sentinel events*) und aggregierte Daten (kontinuierliche (Proportionen und Raten) und diskontinuierliche Daten)

[161] Die übersetzte Definition von der JCAHO lautet: Ein Indikator ist ein messbares Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis des Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten (Sens 2003).

– Inhalt: Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; Patientensicherheit

– Versorgungsqualität: Indikatoren für Über-, Unter- und Fehlversorgung

– Dienstleistung: Indikatoren für die sachliche, die persönlich-interaktive und die gesellschaftliche Dimension von Dienstleistungen

– Perspektive: gesellschaftliche, regionale (*area-level*), auf Leistungserbringer bezogene Indikatoren (*provider-level*; meist unterteilt in globale, übergreifende, fach- und diagnosespezifische Indikatoren) und patientenbezogene Indikatoren

Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren

Jeder Indikator wird für eine bestimmte Fragestellung entwickelt. Viele Qualitätsindikatoren werden mit Hilfe von Experten und unstandardisiert entwickelt. Die Prüfung der Machbarkeit (*feasibility*), Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Richtigkeit (Validität) der Indikatoren ist unerlässlich. Bei der Validität unterscheidet man die Augenschein-, Referenz- und Konstruktvalidität. Indikatoren werden im Allgemeinen auf eine hohe Sensitivität bei Kompromissen in der Spezifität eingestellt, da man keine Ereignisse übersehen möchte, auch auf Kosten einer gelegentlichen ‚falsch-positiven' Warnung. Vereinzelt existieren Bemühungen, Indikatoren auf Basis evidenzbasierter Leitlinien zu entwickeln, so zum Beispiel das Clinical Standards Board for Scotland (CSBS) oder die Indikatoren der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Jedoch können unzureichend evidenzbasierte Standards die Entwicklung von Indikatoren erschweren. Die Verwendung von Indikatoren-Sets, d. h. die gemeinsame Erhebung und Darstellung verschiedener Indikatoren für unterschiedliche Bereiche, Ereignisse und Prozesse, hat den Vorteil einer umfassenderen Qualitätsdarstellung (O'Leary 1998). In Deutschland gibt es derzeit vereinzelt Ansätze zur Einführung von solchen Sets, die jedoch nicht als Scores gebraucht werden können, da sie als solche nicht validiert sind und die Unabhängigkeit der Einzelitems nicht vorausgesetzt werden kann.

Insgesamt ist in Deutschland und anderen europäischen Ländern die Anwendung von Indikatoren im Vergleich zu den USA weniger weit fortgeschritten. Allerdings ist es in § 137a SGB V des GKV-WSG der vom G-BA zu beauftragenden „fachlich unabhängigen Institution" aufgegeben, „für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln" (§ 137a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1). Es ist zu erwarten, dass mit diesem gesetzlichen Auftrag in Deutschland die Entwicklung und Validierung von Indikatoren stark gefördert wird.

Indikatoren in Qualitätsberichten

Der Rat hat zur Förderung der qualitätsorientierten Transparenz für Versicherte bzw. Patienten sowie Leistungserbringer empfohlen, Qualitätsindikatoren in relevanten Bereichen zu publizieren (GA 2000/2001, Bd. I, Ziffer 352 und Bd. II, Ziffer 438ff.). In den letzten Jahren haben manche Kliniken ihre Jahres- bzw. Qualitätsberichte veröffentlicht.[162] Seit dem Jahr 2005 ist die Herausgabe von Qualitätsberichten in zweijährigen Abständen gemäß § 137 SGB V für alle nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser in Deutschland verpflichtend. Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hat im Jahr 2007 den Inhalt und Umfang der Berichte neu festgelegt, jetzt sind Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter mit einbezogen (DKG 2007). Die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen haben den Auftrag, die Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen.

Eine Auswertung von über 1 100 Qualitätsberichten von Krankenhäusern im Fachbereich Allgemeinchirurgie hat ergeben, dass die Berichte auf der Basis der Veinbarung 2005 sich nicht als ein Vergleichsinstrument der Qualität von Krankenhäusern und Abteilungen eignen. Sie sind vom Umfang und Struktur sehr unterschiedlich und führen keine Qualitätsindikatoren auf. Es werden lediglich Leistungsmengen ohne Bezugsgrößen angegeben. Zudem sind für Laien sowohl die Inhalte als auch der große Umfang der Informationen überfordernd (Busse 2006). Insgesamt haben im Jahre 2005 ca. 30 % der Krankenhäuser Qualitätsergebnisse in ihren Berichten abgebildet (BQS 2006). Die Beschlusslage des G-BA veranlasst die Krankenhäuser aber für die Qualitätsberichte 2007, Qualitätsindikatoren einschließlich solche der Ergebnisqualität zu veröffentlichen (DKG 2007).

[162] Insbesondere Kliniken der Maximalversorgung (z. B. Universitätskliniken) und Klinikverbände (z. B. Helios Kliniken) haben Qualitätsberichte hauptsächlich aus den für ihre Zertifizierung gewonnenen Daten erstellt.

5.2.3.1 Ist die separate Betrachtung von Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) sinnvoll?

614. Patientensicherheit beschreibt eine äußerst bedeutsame Ausprägung der Qualität im Gesundheitswesen (Woolf 2004): „*safety is defined as freedom from accidental injury*" (Kohn et al. 1999: 4). Qualität beschreibt dagegen ein sehr weites Feld von Zuständen und Ereignissen in der Gesundheitsversorgung; nicht immer ist die Sicherheit der Patienten gefährdet. Fehler müssen nicht von einem unerwünschten Ereignis begleitet sein, erhöhen aber die Wahrscheinlichkeit von Schäden, die ihrerseits den Kern der Qualitätsproblematik ausmachen. Ausgehend von diesem Konzept sind PSI immer Qualitätsindikatoren, andererseits nicht alle Qualitätsindikatoren PSI. Von PSI kann also gesprochen werden, ohne dass man über das Konzept der Qualitätsindikatoren hinausgehen muss.

615. Das Konzept der Patientensicherheit beruht seinerseits auf der Annahme der Fehlerkette und dem Konstrukt des Beinaheschadens als Element der Fehlerkette, das eine Quantifizierung der Fehleranfälligkeit (des Risikos) und die Implementierung von Präventionsmaßnahmen (Barrieren) erlaubt. Beinaheschäden sind in der Lage, Schäden (Unfälle) vorherzusagen und stellen insofern eine besondere Spezifikation des Indikatorenkonzeptes dar, das ebenfalls auf der Vorhersage beruht. Aus dieser Erkenntnis folgert zum einen, dass Risikomanagement keine vom Qualitätsmanagement getrennte Methode ist, und zum anderen, dass es sich bei PSI idealerweise um Beinaheschäden handelt, die als Indikatoren *preventable adverse events* (Schäden) vorhersagen. Ein solcher Beinaheschaden ist eine vergessene Unterschrift oder ein vertauschtes Röntgenbild, häufige Ereignisse, die aber fast immer ‚rechtzeitig' korrigiert werden. Werden definitive unerwünschte Ereignisse wie z. B. Wundinfektionen als PSI verwendet, was in der Praxis häufig vorkommt, handelt es sich dabei dennoch um Sonderfälle, die als Indikatoren fungieren, um die Fehlergeneigtheit einer größeren Einheit (z. B. einer operativen Krankenhausabteilung) zu beschreiben. Dies gilt ähnlich bei generellen Indikatoren, bei denen das vergessene Händedesinfizieren ein Indikator für das Auftreten von Katheterinfektionen darstellt, die einzelne Katheterinfektion aber als Indikator für die Gesamtqualität des Krankenhauses Verwendung finden kann. Die Konsequenz dieser Darstellung besteht darin, dass PSI richtigerweise als Indikatoren bezeichnet werden und sich gut in das Konzept des Qualitätsmanagements integrieren lassen.

616. PSI weisen Besonderheiten auf, da sie sich auf vermeidbare Komplikationen und Ereignisse, die auf die Behandlung zurückgehen, beziehen (Davies et al. 2001). Es gibt drei Faktoren, die die PSI aus der großen Zahl genereller Qualitätsindikatoren hervorheben:

- PSI sagen besonders schwere und relevante Ereignisse voraus, deren Nichtkenntnis nicht zu vertreten ist. Als Alternative zum Gebrauch von Indikatoren wäre es daher nur denkbar, die große Zahl in Frage kommender *preventable adverse events* kontinuierlich direkt zu erheben. Dieses Vorgehen hätte einen nicht zu bewältigenden Messaufwand zur Folge, zur Verwendung von Indikatoren besteht also keine Alternative.
- PSI machen auf Ereignisse aufmerksam, bei denen eine besonders hohe Dringlichkeit von Analyse und Prävention besteht, Wiederholungen müssen rasch ausgeschlossen werden, der Lernzyklus, der durch diese Indikatoren in Gang gesetzt wird, muss kurz sein.
- Behandlungsschäden in der Gesundheitsversorgung sind für Patienten schwerwiegende Ereignisse, haben aber auch für die Mitarbeiter und auf der Ebene der organisatorischen Einheit traumatisierende Auswirkungen. Dies hat zur Folge, dass die Methodik der Prozessanalyse nach einem anderen Vorgehen zu erfolgen hat, als dies im Qualitätsmanagement gängig ist und erfolgreich angewendet wird. Insbesondere muss die Prozessanalyse normativer ablaufen als dies im Qualitätsmanagement üblich ist, wo man den Schwerpunkt auf die Öffnung der Organisation legt (Brainstorming: ‚das Wissen der Organisation heben'). Nach einem Schadensfall sind die Organisation und deren Mitglieder jedoch nicht in der Lage, diesen Öffnungsprozess mitzutragen, weswegen man direkter nach (verletzten) Regeln und Normen fragt und darüber versucht, den Prozessablauf zu rekonstruieren. Dieses Verfahren ist allerdings anfällig gegenüber Fehleinschätzungen.

Diese Faktoren haben drei Konsequenzen:

- Bei PSI muss wegen der Schwere und Dringlichkeit der Ereignisse noch größerer Wert auf deren Sensitivität gelegt werden, als dies bei allgemeinen Qualitätsindikatoren der Fall ist, da Patientensicherheits-Indikatoren mit falsch-negativen Befunden besonders nachteilige Folgen haben und zur Steuerung hinsichtlich Patientensicherheit wenig geeignet sind.
- Die Frage der Beeinflussbarkeit, Konsequenz, Machbarkeit und praktischen Relevanz steht im Mittelpunkt, denn die Verhinderung der Ereigniswiederholung ist das vordringliche Ziel.
- Drittens ist zu fordern, dass PSI in starkem Maße regelbasiert sind, um den normativen Zugang in der Analyse von Schadensfällen zu erleichtern.

Die Identifizierung von PSI erscheint also sinnvoll und angebracht, diese Form der Indikatoren muss aber Anforderungen genügen, die über diejenigen ‚normaler' Indikatoren hinausgehen bzw. diese stärker ausprägen.

617. In den letzten Jahren sind auch in Deutschland zahlreiche Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) aufgebaut worden, sowohl institutionell als auch interinstitutionell. Ein CIRS ist ein Erfassungssystem für Beinaheschäden, Fehler und Schäden, das auf die Analyse der Fehlererkennung und die Prävention zukünftiger Fehler ausgerichtet ist (Barach/Small 2000; Thomas et al. 2003). Ein CIRS basiert auf der freiwilligen Meldung und öffnet die Institution für das organisatorische Lernen, indem Ereignisse, die zuvor der Institution nicht bekannt waren, ins Bewusstsein gebracht werden, um sie einer Analyse zuzuführen. Ein CIRS verfügt über eine geringe Sensitivität, es unterschätzt die wahre Inzidenz mindes-

tens um den Faktor 10 (Cullen et al. 1995; Olsen et al. 2007; Samore et al. 2004; Thomas et al. 2003). Ein CIRS kann deshalb entgegen einem weit verbreiteten Missverständnis nicht als Indikatorsystem verwendet werden, wenngleich Ereignisse, die im CIRS gemeldet und anschließend analysiert werden, durchaus zum Indikator entwickelt werden können. Falls sog. *sentinel event* Indikatoren, die Einzelereignissen entsprechen, die sogleich zu einer Analyse der Prozesse und Ergebnisse Anlass geben, in einem CIRS gemeldet werden, widerspricht das dieser Darstellung nicht.

5.2.3.2 Bedeutung von Patientensicherheits-Indikatoren-Sets (PSI-Sets)

618. Indikatoren-Sets sind international üblich und kommen in den letzten Jahren auch in Deutschland mehr und mehr in Gebrauch. Indikatoren-Sets haben folgende Vorteile gegenüber der Verwendung einzelner Indikatoren:

– Indikatoren-Sets können insbesondere größere Institutionen besser beschreiben, als es mit einzelnen Indikatoren möglich ist.

– Indikatoren-Sets können verschiedene Qualitätsdimensionen abbilden (insbesondere Prozess- und Ergebnisqualität).

– Indikatoren-Sets können über verschiedene Bereiche der Institutionen Auskunft geben.

– Die Multidimensionalität von Indikatoren-Sets erlaubt bei Auffälligkeit eines Indikators die gleichzeitige Analyse anderer, verwandter Indikatoren und gibt daher ein umfassenderes Bild (z. B. Rate von Wundinfektionen auf dem Hintergrund der Re-Operationsrate, s. u.).

Allerdings stehen diesen Vorteilen auch Nachteile gegenüber, insbesondere,

– da Indikatoren-Sets Anlass geben können, diese unsachgemäß als Scores zu verwenden, und

– weil Indikatoren-Sets schwierig zu validieren sind.

619. Auf diesem Hintergrund muss allerdings die Notwendigkeit von Sets von Patientensicherheits-Indikatoren wegen der Besonderheiten von PSI (Sensitivität, Relevanz und Regelbasierung) kritisch diskutiert werden. Es sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

– Bei paralleler Verwendung von Qualitätsindikatoren-Sets und PSI-Sets besteht die Gefahr von Überschneidungen und Doppeldokumentation.

– Da PSI bereits primär hohen Anforderungen bezüglich Sensitivität, Relevanz und Regelbasierung gehorchen, lässt die Verwendung von PSI-Sets nicht erwarten, dass diese Anforderungen noch übertroffen werden.

– Demgegenüber erscheint die Integration von PSI in ‚normale' Qualitätsindikatoren-Sets sinnvoll, weil die Begleitinformation durch andere Indikatoren die Analyse der Institution bzw. der Problemstellung erleichtert. So kann die Analyse des PSI ‚erhöhten Wundinfektionsrate' durch den Prozessindikator ‚Wechselzeit im OP' (der keinen PSI darstellt) sinnvoll ergänzt werden, weil dadurch die OP-Abläufe (Desinfektion, Wartezeiten, OP-Dauern etc.) als typische Ursache für erhöhte Wundinfektionsraten mit einbezogen werden.

620. Der Rat empfiehlt daher, dass PSI auch in Deutschland entwickelt werden bzw. man sich den internationalen Validierungsprojekten anschließt (s. u.). Von der Etablierung von PSI-Sets ist abzuraten, stattdessen sollten PSI in zu aufzubauende Sets von Qualitätsindikatoren integriert werden.

5.2.3.3 Patientensicherheits-Indikatoren: Zusammenstellung des internationalen Status

621. USA, Australien und England haben aufgrund der zunehmenden öffentlichen Diskussion über medizinische Fehler und Schäden Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung zur nationalen Aufgabe erklärt (McLoughlin et al. 2001). Der SVR hat in seinem Gutachten 2003 nationale Aktionspläne zur Fehlerreduktion in der Medizin und zur Verbesserung der Patientensicherheit einiger Länder aufgeführt (GA 2003, Ziffer 416ff.). USA, Kanada und Australien bilden Sicherheit in ihrem nationalen Rahmenkonzept zu Leistungs-/Qualitätsindikatoren ab (Kelley/Hurst 2006). Es gibt zwar viele Veröffentlichungen über Strategien zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit in Krankenhäusern, allerdings wird wenig über die Evidenz der Ergebnisse berichtet (Øvretveit 2003). Internationale Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren beziehen sich vor allem auf die stationäre Versorgung. Klinische Indikatorenprogramme für Akutkrankenhäuser sind in erster Linie in den USA, ferner in Australien entwickelt worden. Insbesondere in den USA existieren diverse Ansätze von Qualitätsmessung, die je nach Definition der Qualität unterschiedliche Parameter erfassen. Viele Länder entwickeln Indikatoren in Anlehnung an US-amerikanische Indikatoren-Sets.[163] Einige Länder kooperieren mit dem Commonwealth Fund, um PSI zu definieren sowie vergleichbare Daten zu teilen. In Australien und Großbritannien werden Patientenbeschwerden als eine wichtige Informationsquelle für Patientensicherheit gewertet und Kanada will die Rolle der Patientenbeschwerden in Akkreditierungsprozessen untersuchen (CCHSA 2003a).

In der Regel werden PSI zusammen mit allgemeinen Qualitätsindikatoren aufgeführt. Nur die wenigsten Einrichtungen bilden PSI separat ab. Diese sind die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), die Organisation für ökonomische Kooperation und Entwicklung (OECD), die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) und die von der EU und der ESQH[164] getragenen SimPatIE[165]-Indikatoren, die Patientensicherheits-Ereignisse im Rahmen der *sentinel events* (schwere Einzelereignisse) erfasst. Im nächsten

[163] Der SVR hat darauf hingewiesen, dass es auch im europäischen Rahmen standardisierter Qualitätsindikatoren bedarf, um eine internationale Vergleichbarkeit von Qualität herzustellen (GA 2000/2001, I-3.2).
[164] European Society for Quality in Health Care
[165] Safety Improvement for Patients in Europe

Abschnitt wird eine getrennte Übersicht von allgemeinen Qualitätsindikatoren und – sofern möglich – PSI bzw. Aktionen zu Patientensicherheit der aufgeführten Einrichtungen dargestellt.

Internationale Organisationen

a) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

622. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Im Jahre 2001 hat die OECD das Health Care Quality Indicators Project (HCQI) zur Messung und Erfassung der Qualität in der Gesundheitsversorgung gestartet, an dem derzeit 23 Mitgliedsländer beteiligt sind. Durch eine Verbesserung der Datensysteme der Mitgliedsländer sollen die Indikatoren-Sets ein Benchmarking sowie Lernen voneinander über Qualität und Sicherheit ermöglichen. Zu den mittlerweile 13 ausgewählten Qualitätsindikatoren-Sets wurden fünf weitere Indikatoren-Sets hinzugefügt (psychische Gesundheit, Patientensicherheit, Kardiologie, Diabetes, Primärversorgung und Prävention). Zurzeit werden die HCQI-Daten hinsichtlich der Datenverfügbarkeit und Vergleichbarkeit aktualisiert (Kelley/Hurst 2006).

PSI:

Die OECD hat der Entwicklung von PSI Priorität gegeben und im Jahre 2004 eine Empfehlung von internationalen Experten zu PSI veröffentlicht. Bei der Zusammenstellung der 21 Indikatoren wurde auf bereits bestehende PSI der AHRQ, JCAHO, Complications Screening Programme BIH (Beth Israel Hospital) und der Australian Council for Safety and Quality zurückgegriffen. Die Indikatoren bilden Patiententensicherheits-Ereignisse im Krankenhaus in den folgenden fünf Kernbereichen ab: Nosokomiale Infektionen, operative und postoperative Komplikationen, Geburtshilfe, Einzelereignisse (*sentinel events*) (z. B. falsche Blutgruppe) und andere unerwünschte Ereignisse (z. B. Stürze) in der Gesundheitsversorgung (Millar/Mattke 2004).

Ende 2006 hat eine Gruppe von Ländern mit der Analyse der auf Routinedaten basierten PSI begonnen. Die Arbeit wird auf Forschungsprojekte von Mitgliedsländern (Kanada, Deutschland, Belgien, Italien) aufbauen, die bereits die Übertragbarkeit der AHRQ-PSI auf ihre Länder überprüft haben. Manche Länder (z. B. Belgien) haben keine Probleme mit der Konversion der auf Routinedaten basierten Indikatoren, da sie die gleiche Klassifikation wie die USA (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification=ICD-9-CM) verwenden. Andere Länder können die Übertragung erst durch ein Mapping (Überleitung) vornehmen (z. B. benutzt Deutschland ICD-10-GM). Im Sommer 2007 wird ein Arbeitspapier über die Anwendbarkeit von Routinedaten zur Beurteilung der Patientensicherheit herausgegeben. Ferner wird ein Projekt zu Berichtssystemen über unerwünschte Ereignisse geplant, bei dem der Fokus auf Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen und unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Blutprodukten gelegt werden soll.

b) World Health Organization (WHO)

623. Aktivitäten zur Patientensicherheit:

Die WHO kooperiert mit diversen internationalen Einrichtungen, um medizinische Fehler weltweit einzudämmen. Es soll eine standardisierte Nomenklatur und Taxonomie von medizinischen Fehlern sowie Systemfehlern in der Gesundheitsversorgung entwickelt werden. Der Fokus soll auf Patientensicherheit und best practices gelegt werden. 2003 wurde die ‚International Alliance for Patient Safety‘ zur Förderung der Patientensicherheit gegründet. Die Allianz will die Verbesserungen der Patientensicherheit durch folgende Maßnahmen beschleunigen: Unterstützung der Entwicklung einer Politik und Praxis für Patientensicherheit; Unterstützung der Länder bei der Evaluation ihrer Fortschritte zu Patientensicherheit; globale Berichterstattung; Entwicklung von Lösungen sowie Forschung (WHO 2003). Durch Wissensaustausch und Teilung der Ressourcen würde die Allianz doppelte Investitionen und Aktivitäten reduzieren. Jedes Allianz-Programm wird ein detailliertes Projekt mit spezifischen Themen innerhalb einer bestimmten Zeit angehen.[166]

Das WHO-Regionalbüro hat von Februar 2004 bis August 2005 das Pilotprojekt PATH (performance assessment tool for quality improvement in hospitals) zur Beurteilung von Leistungen in Krankenhäusern initiiert, um für Mitgliedsländer Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in Krankenhäusern zu entwickeln. Es wurden sechs Dimensionen zur Beurteilung der Krankenhausleistung ausgewählt: Klinische Effektivität und Sicherheit, Effizienz, Mitarbeiterorientierung und Sicherheit, Verantwortung und Versorgung sowie Patientenzentriertheit, wobei Sicherheit und Patientenorientierung als Querschnittsthemen die anderen Dimensionen beeinflussen (WHO 2007). Auch Patienten und Mitarbeiter werden mit einbezogen, da Studien ihren positiven Effekt auf die Ergebnisqualität aufzeigen (Groene 2006). Mit Hilfe von zwei Kollaborationszentren wurden während des Jahres 2005 die Projektmaßnahmen fortgeführt (ein Netzwerk zum Vergleich von Krankenhausleistungen, eine Internetplattform zur Sammlung und Analyse von Daten sowie die Einrichtung eines Trainingszentrums zur Unterstützung der Länder in der Entwicklung und Anwendung von Leitlinien und Manualen) (Groene 2005).

PSI:

PATH-Indikatoren enthalten Aspekte der Patientensicherheit als Querschnittsthema, was auch darin zum Ausdruck kommt, dass Sicherheit im Untertitel von zwei der fünf Dimensionen genannt ist: Kaiserschnittrate, prophylaktischer Einsatz von Antibiotika, Mortalitätsrate für bestimmte Tracerdiagnosen, Wiedereinweisungsrate für Tracer, Wiedereinweisungsrate nach ambulanter Chirurgie, Rücktransferrate zur Intensivstation, Dekubitus, nosokomiale Infektionen, Training der Mitarbeiter, *sentinel events,* exzessive Arbeitszeiten, klar spezifizierte Arbeitsbläufe (WHO 2007) (Tabelle 17).

---

[166] Das Forward Programme 2005 hat sechs Aktionsbereiche festgesetzt (z. B. Patienteneinbindung) (WHO 2004) und im Forward Programme 2006-2007 werden 10 Aktionsbereiche (z. B. t*echnology for patient safety*) behandelt, die auch Kernelemente des vorherigen Programms enthalten (WHO 2006).

Tabelle 17

PATH-Indikatorenset der WHO: große Bedeutung von sicherheitsrelevanten Indikatoren

CORE INDICATORS	
Clinical effectiveness and safety	
C1	Caesarean Section
C2	Prophylactic antibiotic use (planned surgery for colorectal cancer, coronary artery bypass graft, hip replacement, hysterectomy)
C3	Mortality (acute myocardial infarction, stroke, community acquired pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft)
C4	Readmission (acute myocardial infarction, stroke, community acquired pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft, asthma, diabetes mellitus)
C5	Day surgery for eight tracers (cataract surgery, knee arthroscopy, inguinal hernia, curettage of the uterus, tonsillectomy and/or adenoidectomy, cholecystectomy, tube litigation, varicose veins stripping and litigation)
C6	Admission after day surgery (same tracers as day surgery)
C7	Return to ICU
Efficiency	
C8	Length of stay (acute myocardial infarction, stroke, community acquired pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft)
C9	Surgical Theatre use
Staff orientation and safety	
C10	Training expenditure
C11	Absenteeism
C12	Excessive working hours
C13	Needle injuries
C14	Staff smoking prevalence
Responsive governance	
C15	Breastfeeding at discharge
C16	Health care transitions
Patient centeredness	
C17	Patient expectations
TAILORED INDICATORS	
Clinical effectiveness and safety	
T1	Door to needle time
T2	Computer tomography scan after stroke
T3	Acute myocardial infarction patients discharged on aspirin

noch Tabelle 17

T4	Mortality indicators (C3) with more advanced risk-adjustment
T5	Readmission indicators (C4) with more advancer risk-adjustment
T6	Pressure ulcers for stroke and fracture patients
T7	Rate of hospital-acquired infections
Efficiency	
T8	Score on Appropriateness Evaluation Protocol
T9	Costs antibiotics/patients
T10	Length of stay indicators (C8) case-mix adjusted
T11	Cash-Flow/Debt
T12	Cost of corporate services/patient day
Staff orientation and safety	
T13	%wages paid on time
T14	Survey on staff burnout
T15	%job descriptions with risk assessment
T16	Staff turnover
T17	Work-related injuries by type
Responsive governance	
T18	Audit of discharge preparation
T19	%discharge letters sent
T20	Score on Appropriateness Evaluation Protocol for geriatric patients
T21	Waiting time for day surgery tracers
T22	Acute myocardial infarction and coronary heart failure with lifestyle counselling
Patient centeredness	
T23	Patient survey score on access to care
T24	Patient survey score on amenities of care

Quelle: WHO 2007

c) Europarat

624. Empfehlungen zur Patientensicherheit:

Im April 2005 hat das Ministerkomitee des Europarates eine Empfehlung zur Sicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung veröffentlicht, in der den Regierungen der Mitgliedsländer u. a. die Gründung einer Plattform zur internationalen Kooperation und zum Erfahrungsaustausch vorgeschlagen wurde. Neben einer Entwicklung von standardisierten Indikatoren zur Patientensicherheit werden auch Maßnahmen wie Fehlerberichtssysteme und Ausbildungsprogramme zur Förderung der Patientensicherheit sowie der Sicherheitskultur angeregt. Mit Hilfe von Indikatoren für Patientensicherheit sollen unsichere Prozesse in der Gesundheitsversorgung eliminiert sowie das Outcome für Patienten verbessert werden. Für eine effektive Politik zur Patientensicherheit sieht der Europarat die Entwicklung und Validierung von PSI in Forschungsprogrammen als erforderlich an (Council of Europe 2005).

PSI:

Empfehlung: Im Mai 2006 hat das Ministerkomitee den Mitgliedsländern empfohlen, reliable und valide PSI zu

entwickeln, anhand derer Patientensicherheitsprobleme identifiziert und die Effektivität von Interventionsmaßnahmen zur Besserung der Patientensicherheit bewertet werden können. Indikatoren für Qualität und Sicherheit sollen nach Ansicht des Komitees im gesamten Behandlungsprozess der ambulanten wie der stationären Versorgung angewandt werden (Council of Europe 2006).

d) Europäische Union (EU)

625. Aktivitäten zur Patientensicherheit:

Im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) hat die EU in ihrem Arbeitsplan für 2005 die Qualitätssicherung in Europa als vorrangiges Thema festgelegt. Ziel ist es, eine Kooperation und Vernetzung in den Bereichen Patientensicherheit und Patienteneinbindung innerhalb der EU zu fördern sowie in Zusammenarbeit mit der OECD eine Vergleichbarkeit und Evaluation der Qualität zu erreichen (www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_de.htm, Stand 13.12.2006).

Die Europäische Kommission hat 2004 den Arbeitskreis Patient Safety Working Group of the High Level Group (HLG) on Health Services and Medical Care gegründet, die den Mitgliedsländern nationale Programme, Bericht- und Lernsysteme, Forschung zu ökonomischen Effekten der Patientensicherheit, einen Rahmen für eine Ausbildung in Patientensicherheit sowie ein Netz für Patientensicherheit empfiehlt. Eine Kooperation auf der EU-Ebene wird zwar befürwortet, doch sollte die Hauptverantwortlichkeit für Patientensicherheit bei den Mitgliedsländern liegen. (www.ec.europa.eu/geninfo/query/resultaction.jsp?Page=2, Stand 13.12.2006).

Neben anderen Projekten zu Qualitätsindikatoren hat die EU 2004 das Projekt Safety Improvement for Patients in Europe (SimPatIE) zur Entwicklung von gemeinsamen Methoden für die Patientensicherheit in der EU gegründet (www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_14_de.htm und www.simpatie.org). Das zweijährige Projekt (02/2005-02/2007) wird zusammen mit weiteren sieben Projekten vom Niederländischen Institut für Verbesserung der Gesundheitsversorgung (CBO) koordiniert und berücksichtigt als multidisziplinäres Projekt auch die Sicht der Patientenvertreter.

Die Europäische Kommission hat 2005 erstmalig eine Umfrage unter den EU-Bürgern zu medizinischen Fehlern initiiert, deren Ergebnisse als Grundlage für zukünftige Arbeiten dienen sollen. Die Studie hat die Aspekte der Wahrnehmung und Erfahrungen mit medizinischen Fehlern sowie deren Auswirkungen auf das Vertrauen zum behandelnden Krankenhaus und Personal untersucht (Europäische Kommission 2006).[167]

2005 hat die Europäische Kommission ferner eine Erklärung zur Patientensicherheit mit Empfehlungen für die EU-Ebene, die nationale Ebene sowie die Ebene der Gesundheitsdienste veröffentlicht. Die Kommission empfiehlt, dass Patientensicherheit einen bedeutenden Stellenwert auf der Agenda der EU haben soll. Der Gesundheitssektor sollte in der Art gestaltet sein, dass Fehler und unerwünschte Ereignisse verhindert, aufgedeckt und Sicherheitsmaßnahmen gefördert werden sowie Risikomanagement als Routine im Gesundheitssektor eingeführt wird. Durch eine Investition in Patientensicherheit wird das Potential gesehen, Kosten zu sparen (Behandlung infolge von unerwünschten Ereignissen und ihren Konsequenzen sowie Verwaltungskosten) und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern (European Commission 2005).

PSI:

Das Office for Quality Indicators der European Society for Quality in Healthcare (ESQH) in Dänemark betreut das ‚SimPaTIE – Work Package 4‘ Projekt als führender Partner und hat in Kooperation mit einer europäischen Expertengruppe einen Katalog mit 42 PSI vorgestellt[168] (Kristensen et al. 2007a) sowie ein Methodenpapier, wobei 14 neue und 28 bekannte PSI evaluiert wurden. Die Experten haben die PSI nach Relevanz, Validität, Reliabilität und Machbarkeit bewertet. Des Weiteren wurden die Indikatoren in vier Empfehlungs-Kategorien von ‚geeignet für ganz Europa‘ bis zu ‚ungeeignet für eine Anwendung in Europa‘ unterteilt. Neun PSI der neuen sowie 16 der bekannten PSI wurden für Europa empfohlen. Es werden globale, themenbezogene Indikatoren zu Infektionen, chirurgischen Komplikationen, Medikationsfehlern, Geburtshilfe, Stürzen und übergreifende Indikatoren unterschieden (Tabelle 18). Da die Qualität der Routinedaten in Europa variiert, bedarf es zusätzlicher Arbeit, um die PSI in Europa zu nutzen (Kristensen et al. 2007b). Die Arbeitsgruppe hat ferner eine Nomenklatur mit nationalen und internationalen Begriffen zu Patientensicherheit zusammengestellt (Kristensen et al. 2007c).

---

[167] Für über ¾ der Befragten sind medizinische Fehler ein schwerwiegendes Problem und fast die Hälfte von Krankenhauspatienten fürchtet sich vor Fehlern in der Medizin. Fast ein Viertel hatte medizinische Fehler persönlich oder im Familienumfeld erfahren und 11 % berichteten über Medikationsfehler.

[168] Es sind folgende Publikationen erschienen: Februar 2007: PSI-Spezifikation (Kristensen et al. 2007a); März 2007: Methodenpapier (Kristensen et al. 2007b) und Nomenklatur (Kristensen et al. 2007c).

Tabelle 18

Indikatoren-Set ‚Safety Improvement for Patients in Europe‘ (SimPatIE) der EU

Dimension	Indikator
Institution-Wide PSIs	Measuring Hospital Standardised Mortality Rates Death in Low-Mortality DRGs Patients Experiencing Adverse Events Patients Informed about an Adverse Event by the Staff Patients Experiences of Adverse Event Management Transition of Care – Patient's Understanding of the Purpose of their Medication Institution-Wide use of Cultural Assessment Surveying the Development of the Patient Safety Culture
Theme Related PSIs: ‚Infection Control‘	Selected Infections due to Medical Care Hospital Acquired-Infection Registration – Post Operative Wound Infections Wound Infection Ventilator Pneumonia Hand Hygiene – Measuring the Alcohol Consumption Hand Hygiene – Staff's Compliance with Guidelines for use of Jewellery
Theme Related PSIs: ‚Surgical Complications‘	Complications of Anesthesia Foreign Body left during Procedure Postoperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis Postoperative Sepsis Postoperative Haemorrhage or Haematoma Postoperative Physiologic Metabolic Derangements Postoperative Respiratory Failure Accidental Puncture or Laceration Wrong Site-Surgery Medical Equipment-Related Adverse Events Patients experience of Adverse Events – Surgical Interventions
Theme Related PSIs: ‚Medication Error‘	Transfusion Reaction Wrong Blood Type Medication Error Electronic Trigger Tool – Surveillance of Adverse Drug Events
Theme Related PSIs: ‚Obstetrics‘	Obstetric Trauma – Vaginal Delivery without Instrument Obstetric Trauma – Vaginal Delivery with Instrument Obstetric Trauma – Cesarian Delivery Problems with Child Birth Birth Trauma – Injury to Neonate

noch Tabelle 18

Dimension	Indikator
Theme Related PSIs: ‚In-Hospital Fall‘	Postoperative Hip Fracture In-Hospital Hip Fracture or Fall Patient Falls
Disease Specific as well as other Specific PSIs	Decubitus Ulcer Failure to Rescue Iatrogenic Pneumothorax Assessment of Suicidal Risk in Schizophrenic Patients Monitoring Side Effect of Anti-Psychotic Treatment

Quelle: Modifiziert nach Kristensen et al. 2007a

USA

626. In Nordamerika gibt es aufgrund unterschiedlicher Leistungsanbieter (*managed care*, *fee-for-service* und staatliche Anbieter wie Veterans Affairs hospitals) diverse klinische Indikatorenprogramme, deren Datenquellen je nach Anbieter variieren. Es werden Indikatorenprogramme mit bereits vorhandenen Daten, aber auch mit neuen und spezifischen Datensammlungen – z. B. dem Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System (CONQUEST-Datenbank) – zur vergleichenden Qualitätsbewertung der Managed Care Organizations (MCO) entwickelt. Sowohl der Erfolg als auch der Misserfolg soll den Leistungserbringern zugeordnet werden (*accountability*).

a) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

627. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Das von der JCAHO entwickelte Indikatorenprogramm ist eins der bekanntesten. Die unabhängige Not-for-Profit-Institution wurde 1951 von amerikanischen Ärztegesellschaften sowie dem amerikanischen und kanadischen Ärzteverband gegründet. Ca. 80 % der Einrichtungen im Gesundheitswesen in den USA (verpflichtend für Medicare und Medicaid Programme), aber auch Institutionen in anderen Ländern werden damit akkreditiert. JCAHO-Mitarbeiter prüfen, akkreditieren und beraten Kliniken hinsichtlich ihres wettbewerblichen und wirtschaftlichen Nutzens. Die teilnehmenden Kliniken sind auf der Internetseite aufgeführt und können Stellung zu ihren eigenen Qualitätsergebnissen nehmen. Zudem ermöglichen die standardisierten Leistungsindikatoren einen Vergleich akkreditierter Kliniken untereinander (www.qualitycheck.org). 1997 führte die JCAHO das ORYX-Programm ein, das patientenbezogene Ergebnis-Indikatoren und andere Qualitätsindikatoren in den Akkreditierungsprozess einbezieht (www.jcaho.org).

PSI:

Fast die Hälfte der Joint Commission-Standards bezieht sich auf Sicherheit (z. B. Medikamenteneinnahme, Infektionskontrolle, Notfallmanagement, perioperative Komplikationen, Mortalitätsraten). Jährlich veröffentlicht die JCAHO *National Patient Safety Goals*, die hervorragend klar machen, wie spezifiziert und gezielt die wichtigsten Probleme angegangen werden (z. B. *look alike – sound alike* Medikamente) (www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/). Mit ihrem *sentinel event* Programm (Daten zu seltenen schweren Ereignissen, Ursachen und Risikoreduktion) versucht die JCAHO Einzelereignisse zu identifizieren, die im Zusammenhang mit Problemen der Patientensicherheit stehen könnten.[169]

b) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

628. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Als eine dem US-amerikanischen Gesundheitsministerium untergeordnete staatliche Einrichtung unterstützt die AHRQ Maßnahmen, die die Versorgungsqualität und deren Outcome verbessern, Patientensicherheit fördern, medizinische Fehler angehen, den Zugang zu guten ge-

[169] Es sind 21 *sentinel events* seit 1995 als Trend aufgeführt, wobei Patientensuizid (13,1 %), Seitenverwechselung (13,0 %), operative/postoperative Komplikationen (12,4 %) und Medikationsfehler (9,7 %) die häufigsten schwerwiegenden Ereignisse darstellen. Knapp 68 % sind in allgemeinen Krankenhäusern und 2,6 % in ambulanten Versorgungen aufgetreten. Fast zwei Drittel der Ereignisse wurden durch freiwillige Berichte (Tendenz steigend), 12,5 % durch Klagen, 8,5 % durch Überprüfung, 7,6 % durch Medien und 5,8 % durch Berichte erfasst. 73 % der erfassten Ereignisse verliefen tödlich und bei 10 % wurde ein Funktionsverlust verzeichnet (www.jcaho.org).

sundheitlichen Dienstleistungen erhöhen und Kosten senken.[170] Die AHRQ hat im Jahre 1994 die HCUP Quality Indicators (Health Care Cost and Utilization Project) entwickelt. HCUP verwaltet eine bundesweite standardisierte Datenbank über Patientenversorgung in Krankenhäusern, die in ihrem Nationwide Inpatient Sample (NIS) Daten über zahlreiche Krankenhäuser aus einer nationalen Stichprobe enthält und in ihrem State Inpatient Sample (SID) Daten über Krankenhäuser aus Stichproben von Bundesstaaten aufführt. Die HCUP-Qualitätsindikatoren bestehen aus zahlreichen Modulen zu vermeidbaren stationären Einweisungen, unangemessenen Interventionen sowie unerwünschten Ereignissen im Krankenhaus. Die Daten hierzu werden aus Routinedaten beschafft und daraus eine Datenbasis entwickelt, die für Forschungs- als auch für gesundheitspolitische Analysen Verwendung findet. Die Indikatoren zu den vier folgenden Modulen und deren Software werden kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt:

– Prevention Quality Indicators (PQIs) erfassen Krankenhauseinweisungen, die bei einer guten ambulanten Versorgungsqualität zumindest teilweise vermeidbar gewesen wären bzw. deren Verlauf weniger schwer gewesen wären. Die PQIs werden auf nationaler Ebene u. a. im National Healthcare Quality Report (NHQR) des Department of Health and Human Services (HHS) verwendet. Dieser Bericht gibt eine nationale Übersicht über die Qualität der Gesundheitsversorgung in den USA wieder (AHRQ 2007a).

– Inpatient Quality Indicators (IQIs) untersuchen die klinische Versorgungsqualität in Krankenhäusern unter Einbezug der Mortalitätsraten, der Mindestmengen sowie der Häufigkeit ausgewählter Eingriffe (AHRQ 2007b).

– Pediatric Quality Indicators (PQIs) sind seit Februar 2006 verfügbar und enthalten Auszüge aus den PQIs (sieben), IQIs (drei) und PSIs (12) bezogen auf den pädiatrischen Teil der Bevölkerung (AHRQ 2007c).

PSI:

– Patient Safety Indicators (PSIs) bilden die Versorgungsqualität in Krankenhäusern ab (Prozess- und Ergebnisqualität), wobei der Schwerpunkt der Indikatorensets auf iatrogenen Ereignissen und vermeidbaren Komplikationen liegt.[171] Die Indikatoren wurden vom Evidence-based Practice Center (EPC) in Kollaboration mit drei kalifornischen Universitäten entwickelt (Tabelle 19). Sie sollen als Screening für weitere Analysen zur Reduktion von potentiell verhinderbaren Fehlern dienen (AHRQ 2007d).

Die AHRQ führt von September 2006 bis Juni 2007 ein Pilotprojekt zur Validation von von neun der 20 PSI hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Praktikabilität durch. Ziel ist es, die Evidenz über die wissenschaftliche Annehmbarkeit der AHRQ-PSI darzulegen, die Anleitung zur Interpretation und Nutzung von PSI-Daten zu verbessern sowie potentielle Verfeinerungen zu PSI-Spezifikationen zu evaluieren (AHRQ 2006).

[170] National Quality Measures Clearinghouse (NQMC): Wird von der AHRQ gefördert und bietet mit seiner Datenbasis und Website Informationen zur evidenzbasierten Qualitätsmessung einschließlich einiger Messgrößen zu Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung (www.qualitymeasures.ahrq.gov). Es baut auf Initiativen des AHRQ auf wie z. B. dem Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System (CONQUEST). Die CONQUEST-Datenbank wurde 1995 von der AHRQ initiiert und verfügt über 1 200 klinische Indikatoren der meisten Anbieter in den USA zur Informationsvermittlung und Steigerung der Effizienz. Die Indikatoren werden von zahlreichen Institutionen wie beispielsweise JCAHO, HCUP, RAND Corporation, Veterans Administration und NCQA entwickelt. Es werden Indikatoren zu Kindern und Erwachsenen, ferner zu ambulanten und stationären Bereichen in unterschiedlichen Disziplinen herausgegeben (State Government of Victora 1999).

[171] Die PSI sind für zwei Ebenen definiert:
20 *provider-level* indicators: Erstversorgung und Komplikation treten im Rahmen desselben stationären Aufenthalts auf. Es werden nur solche Indikatoren erfasst, bei denen eine Nebendiagnose auf eine potentiell vermeidbare Komplikation hinweist.
Sieben *area-level* indicators aus dem Pool der *provider-level* indicators zur Beurteilung der Inzidenz von unerwünschten Ereignissen innerhalb geographischer Regionen: zeigen eine vermeidbare Komplikation in einer bestimmten Region auf, die während eines stationären Aufenthalts auftritt oder zu einem stationären Aufenthalt führt. Sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen werden einschließlich der Fälle, bei denen sich das Risiko einer Komplikation in einem anderen Krankenhaus ereignet hat, aufgeführt.

Tabelle 19

Patient Safety Indicator-Set der AHRQ (www.qualityindicators. ahrq.gov/psi_download.htm)

Patient Safety Indicators – Provider PSI
Complications of Anesthesia
Death in Low-Mortality DRGs
Decubitus Ulcer

noch Tabelle 19

Patient Safety Indicators – Provider PSI
Failure to Rescue
Foreign Body Left During Procedure
Iatrogenic Pneumothorax
Selected Infections Due to Medical Care
Postoperative Hip Fracture
Postoperative Hemorrhage or Hematoma
Postoperative Physiologic and Metabolic Derangements
Postoperative Respiratory Failure
Postoperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis
Postoperative Sepsis
Postoperative Wound Dehiscence
Accidental Puncture or Laceration
Transfusion Reaction
Birth Trauma – Injury to Neonate
Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument
Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument
Obstetric Trauma – Cesarean Delivery
Patient Safety Indicators – Area PSI
Foreign Body Left During Procedure
Iatrogenic Pneumothorax
Selected Infections Due to Medical Care
Postoperative Wound Dehiscence
Accidental Puncture or Laceration
Transfusion Reaction
Postoperative Hemorrhage or Hematoma

Quelle: AHRQ 2007d

c) RAND (research and development) Corporation

629. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Mit dieser 1948 eingeführten Not-Profit-Einrichtung besteht eine Zusammenarbeit mit der AHRQ über Patientensicherheit. Im Jahre 2002 hat die AHRQ mit RAND Corporation einen Vier-Jahres-Vertrag für eine longitudinale Evaluation der AHRQ-Aktivitäten zur Patientensicherheit abgeschlossen, um deren fortlaufende Verbesserung zu unterstützen (RAND 2005). RAND hat Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität in Anlehnung an medizinische Leitlinien und Expertenmeinungen entwickelt (www.rand.org).

PSI:

Neben Messungen zum Auftreten bzw. Konsequenzen von Fehlern sind auch Messungen zur Überprüfung der Anwendung von sicheren Praktiken (z. B. computerisierte Verordnung) entwickelt worden. Zwei führende Beispiele hierfür sind die Leapfrog Group Patient Safety Indicators (www.leapfroggroup.org) und NQF (National Quality Forum) -Sets (www.qualityforum.org).[172]

d) Maryland Hospital Associaton Quality Indicators Project (MHA-QI)

630. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Das Indikatorenset der Maryland Hospital Association wurde 1985 eingeführt und wird neben den USA auch in Europa und Asien eingesetzt. Die regelmäßig auf Validität und Reliabilität überprüften Indikatoren-Sets bilden – einschließlich der PSI – die Akut- und Langzeitversorgung, die psychiatrische Versorgung sowie die Haus-

[172] Leapfrog Group: Zusammenschluss großer Unternehmen, der Standards für die Krankenhausversorgung festsetzt und z. B. die Einführung von Computerized Physician Order Entry (CPOE) Systemen fordert, um Medikationsfehler zu vermeiden. NQF: Öffentlich-private Not-for-Profit Organisation, die Kern-Sets von Qualitätsmessung und standardisierte Messungen fördert (s. u.).

pflege ab. Die Daten werden für das interne Qualitätsmanagement der teilnehmenden Einrichtungen genutzt (www.qiproject.org).

Das International Quality Indicator Project (IQIP) bietet den registrierten Gesundheitsorganisationen klinische und organisatorische Leistungsindikatoren an und unterstützt diese beim Benchmarking- und bei Netzwerk-Aktivitäten (www.internationalqip.com). Die teilnehmenden Organisationen erhalten einen vierteljährlichen Datenbericht, anhand dessen Vergleiche auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene sowie Trendaussagen möglich sind. Es wird mittlerweile von über 900 amerikanischen Gesundheitseinrichtungen genutzt. Ferner nutzen etwa 300 Organisationen in 12 Ländern die Indikatoren zur Analyse und zum Vergleich ihrer gesundheitlichen Einrichtungen. Mit internationalen Koordinatoren unterstützt das Center for Performance Sciences – ein internationaler Projekt-Sponsor für Qualitätsindikatoren – die nichtamerikanischen Teilnehmer bei der effektiven Datenerfassung und -auswertung mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsleistungen (www.cpsciences.com). Der Sponsor ist das regionale Verbindungsglied zwischen den IQIP-Standorten in den USA und den IQIP-Teilnehmern. In Deutschland nutzen neun Krankenhäuser die Indikatoren-Sets.[173]

PSI:

Die Qualitätsindikatoren-Sets, die auch PSI enthalten, umfassen zahlreiche Messgrößen für die Prozesskontrolle in den Bereichen Akutversorgung (stationär: 16 Module, ambulant: 5 Module), Psychiatrie (8 Module für Erwachsene und Jugendliche), Langzeitversorgung (6 Module) und Hauspflege (4 Module).

e) National Quality Forum (NQF)

631. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Die private Not-for-Profit Einrichtung ist 1999 von diversen Teilhabern im öffentlichen und privaten Gesundheitssektor zur Entwicklung und Implementierung von nationalen Standards zur Qualitätsmessung sowie Veröffentlichung der Daten gegründet worden. Das Ziel dieser Einrichtung ist es, Informationen darüber zu geben, ob die Versorgung sicher, rechtzeitig, nutzbringend, patientenorientiert, gerecht und effizient erfolgt. 2002 hat NQF den Bericht Serious Reportable Events in Healthcare veröffentlicht, der eine Liste mit 27 *never events*' enthält, d. h. Ereignisse, die nie eintreten sollen, dennoch eintreten und bei Eintritt veröffentlicht werden sollen. Mit dieser Publikation hat NQF versucht, die Grundlage für ein standardisiertes Berichten über unerwünschte Ereignisse auf nationaler Ebene zu bilden. (Siebers 2005; www.qualityforum.org).

PSI:

Im Jahre 2003 hat NQF ein Set von 39 Qualitätsindikatoren zum Vergleich von Kliniken entwickelt. Das Set umfasst Häufigkeiten bestimmter Eingriffe sowie Einsatzraten und Komplikationen bestimmter Medikamente in der Chirurgie und Inneren Medizin. Ferner hat das NQF 30 Indikatoren für Patiensicherheit entwickelt.

Kanada

a) CCHSA

632. Das Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) ist eine unabhängige Not-for-Profit Organisation zur Förderung der nationalen wie internationalen Qualitätsverbesserung in gesundheitlichen Einrichtungen. Das Akkreditierungsinstitut analysiert u. a. Daten zu Indikatoren und good practices, um das Wissen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu fördern. Eine von der CCSHA im Jahre 2001 durchgeführte Befragung von 75 Gesundheitseinrichtungen zur Nutzung von PSI ergab, dass diverse Organisationen unterschiedliche, wenig konsistente Indikatoren einsetzten. Im folgenden Jahr wurden kanadische Gesundheitseinrichtungen befragt, welche Themen der Patientensicherheit hauptsächlich Bedenken auslösten.[174] 2004 hat die CCHSA Patientensicherheitsziele und organisatorische Praktiken für fünf Kernbereiche in ihr Akkreditierungsprogramm aufgenommen (Kultur, Kommunikation, Medikamenteneinnahme, Arbeitsleben und Infektionskontrolle).

PSI:

CCSHA erwartet von Gesundheitseinrichtungen, dass sie PSI einsetzen und bietet ihnen hierzu eine Liste mit Indikatoren, die von 75 akkreditierten Einrichtungen eingesetzt werden, auch wenn es hinsichtlich der Definitionen und der Nutzung keine Konsistenz zu geben scheint. Anhand einer Datenbasis soll die Nutzung von Indikatoren erfasst werden (CCHSA 2003b). Die PSI sind nicht öffentlich zugänglich.

b) CIHI

633. Das Canadian Institute for Health Information (CIHI) ist eine unabhängige Not-for-Profit Organisation, die mit zahlreichen Institutionen und Fachgruppen sowie der Regierung kooperiert.

PSI:

CIHI hat mit der Übertragung von PSI der AHRQ und anderen Organisationen auf Kanada begonnen. Die ersten Indikatoren hierzu sind im Jahre 2004 veröffentlicht worden (CIHI 2004). Bei den Gesundheitsindikatoren sind

---

[173] Weitere IQIP-Teilnehmer in Europa sind Großbritannien, Irland, Luxemburg, Schweiz, Österreich, Italien und Portugal. Ferner beteiligen sich Kanada, Japan, China, Singapur und Taiwan am Projekt.

[174] Am häufigsten wurden Medikationsfehler, Stürze und andere Verletzungen sowie Kommunikations- und Dokumentationsprobleme angegeben, gefolgt von Zugangs- oder Wartezeitproblematik, Beleidigung, diagnostischen Fehlern, menschlichen Faktoren und Prozedurenfehlern. Am seltensten wurden Infektionen bzw. Wunden, Personal-Kompetenz und Ausstattungsprobleme erwähnt (CCHSA 2003c).

Indikatoren aufgeführt, die der Patientensicherheit zugeordnet werden können: Wiedereinweisungsraten für ausgewählte Diagnosen und Eingriffe, 30 Tage stationäre Mortalitätsrate für ausgewählte Diagnosen, Hüftfraktur während des stationären Aufenthalts, perinatale Mortalität (Statistics Canada/CIHI 2006).

Australien

634. In Australien werden Projekte zur Konzipierung von Indikatoren zur Patientensicherheit durch folgende Einrichtungen unterstützt: Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Australian Council for Safety and Quality in Healthcare, National Health Performance Committee und Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (NSW Department of Health 2003).

a) ACHS-Indikatoren

635. Allgemeine Qualitätsindikatoren**:**

Die ACHS, eine unabhängige Not-for-Profit Organisation, widmet sich der Qualitätsverbesserung in der australischen Gesundheitsversorgung durch kontinuierliche Überprüfung, Bewertung und Akkreditierung. Seit 1974 bietet ACHS ein freiwilliges Akkreditierungsprogramm für Gesundheitseinrichtungen an. 1989 wurde das Care Evaluation Program (CEP) zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren eingeführt. Australien hat erstmalig klinische Indikatoren in ein Akkreditierungsprogramm aufgenommen (www.health.vic.gov.au). Anhand der jährlich veröffentlichten Berichte können die Teilnehmer ein Benchmarking mit anderen nationalen Teilnehmern vornehmen. Eine weitere Maßnahme des ACHS ist das Evaluation and Quality Improvement Program (EquIP) von 1996 zum Aufbau eines TQM-Programms (Total Quality Management). Mit Hilfe des EquIP-Programms können Teilnehmer ihre Datenerfassung mit Indikatoren zweimal pro Jahr in die nationale Indikatorendatenbank überführen (www.health. vic.gov.au).[175] ACHS hat in seinem Bericht von 2005 Daten zu klinischen Indikatoren aus Australien und Neuseeland für sieben Jahre (1998-2004) zusammengefasst, die von über 850 Gesundheitsorganisationen für 236 Indikatoren an das ACHS zur Verfügung gestellt wurden. Die Organisationen erhielten neben dem großen Bericht einen individuellen Bericht mit ihren Ergebnissen, womit nicht nur der Vergleich mit nationalen Raten, sondern auch der Trend für die Zeitdauer abgebildet wurde. Ferner hat ACHS ein internationales Akkreditierungsprogramm (ACHS International) zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung entwickelt. Dessen Standards basieren auf international akzeptierten Grundsätzen[176] und können den kulturellen und juristischen Gegebenheiten der Länder angepasst werden. (www.achs.org.au).

ACHS ist Australiens führende Akkreditierungsstelle in der Gesundheitsversorgung. Mitgliederorganisationen des ACHS repräsentieren 84 % der öffentlichen und 94 % der privaten Betten. ACHS selbst wurde bis Ende 2009 von der International Society for Quality in Health Care (ISQua), einem nur auf Gesundheitseinrichtungen fokussierten internationalen Programm, rezertifiziert.

PSI:

Seit 1993 werden die Krankenhäuser mit den ‚Hospital Wide Medical Indicators‘ (HWMIs) akkreditiert (Collopy/Balding 1993). In den folgenden Jahren wurden in Kooperation mit den Medical Colleges und Fachgesellschaften zahlreiche Indikatoren für chirurgische und konservative Fächer entwickelt (einschließlich der Rehabilitationsmedizin und tagesklinischen Betreuung), die auch Aspekte der Patientensicherheit enthalten. Mit über 300 klinischen Indikatoren (Stand November 2005) in 21 Disziplinen werden Prozess- wie auch Ergebnisindikatoren abgebildet und regelmäßig evaluiert.

b) Australian Council for Safety and Quality in Health Care

636. Im Jahre 2000 wurde das Australian Council for Safety and Quality in Health Care vom Gesundheitsministerium gegründet, um eine bessere nationale Zusammenarbeit zur Verbesserung der Sicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung in Kooperation mit allen Gesundheitsministern der Bundesstaaten zu fördern. Der aus Experten zusammengesetzte Rat (Ärzte, Akademiker, Manager, Patienten und Mitarbeiter aller australischen Regierungen) arbeitet u. a. mit der australischen Patient Safety Agenda zusammen und bringt einen jährlichen Bericht für die Gesundheitsminister heraus (Australian Council for Safety and Quality in Healthcare 2005). Januar 2006 ist die Australian Commission for Safety and Quality in Health Care als Nachfolger für den Rat eingesetzt worden.

PSI:

In seinem sechsten Jahresbericht hat der australische Rat einen Überblick über die nationale Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen gegeben, wobei auch PSI abgehandelt wurden: Rate unerwünschter Medikamentenereignisse, in der Gesundheitsversorgung erworbene Infektionen, Patientenstürze, postoperative Lungenembolie und Dekubitus.

---

[175] Das National Hospital Outcomes Program (NHOP) hat ähnliche Indikatoren wie die ACHS im Hinblick auf die Erfordernis nationaler Qualitätsindikatoren entwickelt (www.aihw.gov.au). Das NHOP hat 1995 das National Hospital Quality Management Program (NHQMP) ersetzt und baut auf dessen Arbeit auf. Auch das Gesundheitsministerium von New South Wales hat mit dem Programm ‚Framework for Managing the Quality of Health Services‘ klinische Indikatoren – einschließlich der PSI – in Anlehnung an die ACHS erstellt (NSW Health 1999).

[176] Grundsätze: Patientensicherheit und -zufriedenheit, effektive Führungsrolle, datengeleitete Verbesserung, Kultur der kontinuierlichen Verbesserung und Bestreben nach best practice sowie Teamwork und effektive Kommunikation.

Europa

a) Großbritannien

– NHS Performance Indicators

637. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Das 1948 gegründete National Health Service (NHS) ist dem britischen Gesundheitsministeriums unterstellt. Im Jahre 1999 hat das NHS Indikatoren-Sets eingeführt, womit Vergleiche sowie eine Verbesserung von Gesundheitsleistungen ermöglicht werden sollen. Das Modell Performance Assessment Framework (PAF) bildet Indikatoren für sechs Bereiche[177] ab: Verbesserung der Gesundheit, gleichberechtigter Zugang, effektive Gesundheitsversorgung, Effizienz, Patientenzufriedenheit und Ergebnisse. Die Indikatoren stellen nicht nur die Qualität in der akuten Versorgung dar, sondern geben auch Informationen zu wichtigen Themen in Großbritannien wie Wartezeiten, Erreichbarkeit der Hausärzte und Sauberkeit der Krankenhäuser wieder. Die Healthcare Commission bewertet die Hospital Trusts mit Star-Ratings. Die Daten zeigen eine signifikante Verbesserung für den Großteil der Indikatoren, doch es sind insgesamt beträchtliche und unakzeptable Unterschiede in den Ergebnissen zu verzeichnen (www.nhs.uk; www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators).

PSI:

Die PSI sind nicht explizit aufgeführt, allerdings enthalten die Performance-Indikatoren auch solche, die der Patientensicherheit zugeordnet werden können.[178]

– Dr. Foster Intelligence

638. Der private Anbieter Dr. Foster Holdings ermöglicht in Partnerschaft mit dem Informationszentrum für Gesundheits- und Sozialversorgung einen Klinikvergleich in Großbritannien mit Hilfe von sowohl subjektiven als auch objektiven Parametern. Die Daten erfassen risikoadjustierte Letalitätsraten, Patientensicherheit, Anzahl der medizinischen Mitarbeiter pro Bett, Wartezeiten, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Sauberkeit und Essensqualität der Kliniken (www.drfoster.co.uk).

– Schottland

PSI:

Die klinischen Indikatoren beinhalten Aspekte der Patientensicherheit: Mortalität innerhalb von 30 Tagen bei ausgewählten Operationen, chirurgische und nichtchirurgische Wiederaufnahmen innerhalb sieben und 28 Tage nach Entlassung, Überleben von 30 bzw. 120 Tagen nach (Notfall-) Einweisung bei ausgewählten Diagnosen und Eingriffen.

b) Dänemark

639. Das dänische National Indicator Projekt wurde im Jahre 2000 zur Verbesserung der Qualität in den Bereichen Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation eingeführt. Die Indikatoren erfassen den klinischen und organisatorischen Aspekt sowie die Patientenebene. Die Qualität wird für sechs Krankheiten gemessen (Apoplex, Hüftfraktur, akute Chirurgie, Herzversagen und Lungenkrebs. Die Ergebnisse des verbindlichen Programms werden monatlich veröffentlicht (www.nip.dk).

PSI:

PSI werden nicht aufgeführt. Es wird erwogen, PSI in die Liste der allgemeinen Qualitätsindikatoren aufzunehmen.

c) Niederlande

640. Das niederländische Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport hat das Nationale Institut für Public Health und Umwelt (RIVM) beauftragt, alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht zur niederländischen Gesundheitsversorgung zu erstellen (Dutch Health Care Performance Report, DHCPR). Der erste Bericht ist 2006 auf der Basis von 125 Indikatoren einschließlich sieben PSI erschienen, wobei – wo möglich – auch Ländervergleiche gemacht wurden. Der Bericht legt den Schwerpunkt auf Qualität, Zugang und Kosten für das Jahr 2004. In den Niederlanden sind die Prävalenz von unerwünschten Ereignissen, das Ausmaß der Schadensfälle an Patienten sowie die daraus folgenden Kosten nicht bekannt (Willems 2004 zitiert in Westert/Verkleij 2006). Das Health Care Inspectorate schätzt auf der Grundlage des IOM-Berichts ‚To err is human‘ von 1999, dass jährlich 1 500 bis 6 000 Menschen an den Folgen vermeidbarer Ereignisse sterben (IGZ 2004 zitiert in Westert/Verkleij 2006). Daten zu Ereignissen im Zusammenhang mit Patientensicherheit fehlen, da diese nicht systematisch erfasst werden. Die vorhandenen Ereignisse und Komplikationen in Krankenhäusern beruhen vorwiegend auf freiwilliger Berichterstattung. Im Jahre 2005 wurde ein Forschungsprogramm zur Patientensicherheit zur Untersuchung der niederländischen Lage gestartet. Ferner wurde eine nationale Plattform für Patientensicherheit ernannt, um Patientensicherheit in allen Gesundheitssektoren zu fördern. Um dieses Ziel zu verwirklichen, hat das Health Care Inspectorate alle niederländischen Krankenhäuser dazu verpflichtet, bis Januar 2008 zertifizierte Managementsysteme für Sicherheit einzuführen, die eine Risikobeurteilung, Ereignisanalyse sowie Managementsysteme zur Planung und Überwachung von Verbesserungsmaßnahmen beinhalten (Westert/Verkleij 2006).

---

[177] Health improvement, fair access, effective delivery of appropriate healthcare, efficiency, patient/carer experience of NHS healthcare, health outcomes.

[178] Notfallmäßige Wiedereinweisung nach stationärer Entlassung, Wundinfektion nach einem chirurgischen Eingriff, Organschaden, Lungenembolie, kardiale Komplikationen, Komplikationen des zentralnervösen Systems nach einem chirurgischen Eingriff, Mortalitätsrate innerhalb 30 Tage seit der Einweisung für ausgewählte Diagnosen/Eingriffe, medikamentenbedingte unerwünschte Ereignisse, Entlassungszeit aus dem Krankenhaus für ausgewählte Diagnosen, Arbeitszeiten von Assistenzärzten, Stellenbesetzungsraten und Personalqualifikation.

PSI:

Der Bericht enthält sieben PSI: Prozentsatz der Allgemeinärzte und Pharmazeuten, die an pharmakotherapeutischen Konsultationen teilnehmen (Ziel: die Qualität und Sicherheit der Medikamentenausgabe fördern), Pharmakovigilanz in Apotheken (riskante Medikamentenkombinationen), Menge an Hochrisikoeingriffen in Krankenhäusern, Inzidenz von ernsthaften unerwünschten Effekten der Bluttransfusion, Prävalenz der postoperativen chirurgischen Infektionen, Prävalenz von Dekubitus in Krankenhäusern, Prävalenz von Dekubitus in Pflegeeinrichtungen.

d) Schweiz

– Verein Outcome

641. Der Verein Outcome geht auf das Projekt LORAS[179] zurück und wurde im Jahre 2000 gegründet, um die Vorgabe des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur Qualitätssicherung zu erfüllen. In seinem Beirat sitzen Hausärzte und Patientenorganisationen. Die Indikatoren zu 17 Messthemen wurden zusammen mit den Krankenhäusern in berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen entwickelt. Die Messergebnisse ermöglichen ein Benchmarking der 54 teilnehmenden öffentlichen und privaten Spitäler. Die Outcome-Messung dient als Grundlage für die interne Qualitätssicherung und wird als Instrument zur Spitalsteuerung betrachtet. Die Spitäler werden vom Verein beraten, geschult sowie bei der Datenerhebung und Evaluation unterstützt. Der nicht gewinnorientierte Verein wird von den Versicherern und den Gesundheitsdirektionen der angeschlossenen Kantone finanziert, bietet jedoch seine Leistungen grundsätzlich jedem Spital an. Die Parameter erfassen diagnoseabhängige Messungen (Tracerdiagnosen), diagnoseunabhängige Messungen (bilden die Qualität übergreifend ab), Ergebnisqualität (Patienten- und Betriebssicht) sowie Patientenzufriedenheit (www.vereinoutcome.ch/de/messungen/kategorien.asp).

PSI:

Diagnoseunabhängige Messungen beinhalten auch PSI: Ungeplante Rehospitalisationen innerhalb 30 Tagen, anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden (Erwachsene und Kinder), Dekubitus und Vermeidung von fremdkörperassoziierten nosokomialen Infektionen. Des Weiteren erfassen auch diagnoseabhängige Messungen Aspekte der Patientensicherheit, wie z. B. geringe Mortalität bei einem ausgewählten Eingriff, Vermeidung unnötiger Sectiones, Vermeidung von Komplikationen der Mutter und des Neugeborenen.

– Qualitätsindikatoren für Ärztenetzwerke (Quali-med-net)

642. Die vom Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke eingesetzte Arbeitsgruppe Quali-med-net hat ein Indikatorenset für Ärztenetzwerke erarbeitet (www.med-swiss.net). Die Ärztenetzwerke können Indikatoren nach dem Stand ihrer Qualitätsentwicklung und Schwerpunkte frei wählen.

PSI:

Die Indikatoren-Sets sind von Ärzten allein entwickelt worden und umfassen validierte Indikatoren zur Struktur- (z. B. Führung, Netzwerkorganisation), Prozess- (z. B. Kommunikationsverhalten) und Ergebnisqualität (z. B. Patientenzufriedenheit).

– Externe Qualitätssicherung in der Medizin (EQUAM)

643. Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Die unabhängige Stiftung EQUAM wurde im Jahre 1999 von drei Managed Care Organisationen, u. a. von der schweizerischen HMO (Health Maintenance Organisation), gegründet und fördert die externe Qualitätssicherung in der Arztpraxis. Im Stiftungsrat sind Ärzte, Fachexperten, Krankenversicherer sowie Patientenorganisationen vertreten. Zur Bewertung der Patientenzufriedenheit wird der Europep-Fragebogen eingesetzt, wodurch ein Vergleich mit anderen Systemen und Ländern ermöglicht wird. Im Jahr 2005 wurden die EQUAM Arztpraxis-Standards in Anlehnung an das European Practice Assessment (EPA)[180] zur Zertifizierung von Ärztenetzen eingeführt (www.equam.org). Das EQUAM-Zertifikat umfasst Struktur- und Prozessqualität und marginal die Ergebnisqualität (Cranovsky/Schilling 2003). Das modulare Set besteht aus drei Stufen (A: Relevante EPA-Kriterien, B: Managed Care Prozess-Indikatoren, C: Klinische Performance-Indikatoren), wobei die klinischen Performance-Indikatoren in Bearbeitung sind.

PSI:

Stufe A erfasst u. a. die Domäne Qualität/Sicherheit in folgenden Bereichen ab (EQUAM Stiftung 2006):

- Aufspüren von Qualitäts- oder Sicherheitsproblemen/-mängeln,
- Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik,
- Verletzungsschutz/Infektionsschutz,
- Beschwerdemanagement,
- Fehlermanagement (Verzeichnis, Analyse und Massnahmen zur Vermeidung kritischer Ereignisse).

[179] Das europäische Spitalreformprojekt LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalwesen) aus dem Jahre 1997 ist in Zürich entstanden, dessen Indikatoren sowohl Prozess- als Ergebnisabläufe darstellen aber auch Indikatoren wie z. B. Patientenzufriedenheit abbilden.

[180] Die Arbeitsgruppe setzt sich aus den Ländern Belgien, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Schweiz zusammen.

e) Deutschland

644. Seit den siebziger Jahren existieren in Deutschland vereinzelt freiwillige Maßnahmen der Qualitätssicherung wie z. B. die Perinatalerhebung und Labormedizin. Der Bereich Krankenhaushygiene verfügt über langjährige Erfahrung mit Qualitätsindikatoren, die sowohl Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität abbilden. Mittlerweile hat der Gesetzgeber alle Leistungserbringer zur Qualitätssicherung verpflichtet (§ 135a SGB V). Im Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 3 Satz Nr. 4 SGB V werden für 2007 vom G-BA nun abschließend spezifizierte Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität veröffentlicht. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 2. Februar 2007 ist dem G-BA noch weitgehender als bislang die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung übertragen worden, da diese jetzt nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V auch in den Bereich der Richtlinienzuständigkeit des G-BA fällt. Diese Richtlinien „sind sektorenübergreifend zu erlassen“ (GKV-WSG § 137 Abs. 2 SGB V). Eine wichtige Forderung des Rates, nämlich die Implementierung einer auch den ambulanten vertragsärztlichen Bereich umfassenden, transsektoralen Qualitätssicherung ist damit erfüllt (GA 2000/2001, Ziffer 215).

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137a SGB V in eine ‚fachlich unabhängige Institution’ umgewandelt, wobei ‚bereits bestehende Einrichtungen’ genutzt werden sollen. Diese Institution hat

„1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,

2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,

3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen sowie

4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Bürger verständlichen Form zu veröffentlichen.“ (GKV-WSG § 137a Abs. 2 SGB V).

Hierbei sind die „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Bundeszahnärztekammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten zu beteiligen“ (§ 137a Abs. 3 SGB V). Die bisherigen Gesellschafter der BQS werden folglich in die Gruppe der zu hörenden Parteien integriert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Angaben der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft vom 23. Mai 2007 eine Liste von 26 Indikatoren beschlossen, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden müssen (Tabelle 20) (DKG 2007).

Tabelle 20

Indikatoren zur verpflichtenden Veröffentlichung im Qualitätsbericht 2007

Leistungsbereich	Bezeichnung des Indikators
Cholezystektomie	– Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase – Erhebung eines histologischen Befundes – Reinterventionsrate
Geburtshilfe	– E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt – Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen – Antenatale Kortikosteroidtherapie
Gynäkologische Operationen	– Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie – Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie
Herzschrittmacher	– Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen – Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

noch Tabelle 20

noch Herzschrittmacher	– Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen – Perioperative Komplikationen
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	– Endoprothesenluxation – Postoperative Wundinfektion – Reinterventionen wegen Komplikation
Karotis-Rekonstruktion	– Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	– Postoperative Wundinfektion – Reinterventionen wegen Komplikation
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	– Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen – Indikation zur PCI – Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Koronarchirurgie, isoliert	– Letalität
Mammachirurgie	– Postoperatives Präparatröntgen – Hormonrezeptoranalyse – Angabe Sicherheitsabstand

Quelle: DKG 2007

Es gibt in Deutschland insgesamt sehr wenige Qualitätsindikatoren-Sets. In keinem Set werden Aspekte der Patientensicherheit explizit ausgezeichnet. Allerdings sind in dem o. g. Set der BQS PSI enthalten (z. B. E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt, perioperative Komplikationen bei Herzschrittmacherimplantation, postoperative Wundinfektionen bei der Hüft- oder Knieendoprothetik, Letalität in der Herzchirurgie) (DKG 2007). Das QUK-Programm (Qualitätsindikatoren in der universitären Krankenversorgung) des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) ist mittlerweile wieder eingestellt worden. Die Helios Kliniken entwickeln einen entsprechenden Vorschlag.

– Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ)

645. Die ÄZQ – eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – analysiert und organisiert seit 1995 im Auftrag seiner Träger Projekte zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen u. a. zu Leitlinien, Patienteninformationen und Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung (Q-M-A). Es hat Kooperationspartner in Deutschland und im Ausland (z. B. das National Quality Measures Clearinghouse der AHRQ). Im Jahre 2001 hat das Institut in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine ‚Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren des Expertenkreises Leitlinien des ÄZQ' gegründet. Die Arbeitsgruppe hat ein Konsenspapier mit einer Checkliste zur Bewertung von Qualitätsindikatoren vorgelegt (ÄZQ 2001). 2002 hat das ÄZQ eine Checkliste herausgegeben, anhand derer ambulante Qualitätsmanagement-Systeme beurteilt werden können. 2004 wurde ein Vorschlag für ein Programm zur Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren gemacht (ÄZQ 2005). Seit 2005 werden das Forum Patientensicherheit und CIRSmedical (Critical incident reporting system) durch das ÄZQ betreut (ÄZQ 2006) (www.aezq.de).

– Private Klinikbetreiber

646. Private Klinikbetreiber wie z. B. Asklepios, Helios Kliniken, und einzelne Krankenhäuser stellen einen Vergleich zwischen den eigenen Ergebnissen und dem bundesweiten Durchschnitt anhand der BQS-Qualitätsindikatoren dar und sind bemüht, für Patienten verständliche Berichte mit Informationen zu Erkrankungen und Eingriffen unter Angabe von Komplikationen und Referenzbereichen herauszugeben (Asklepios Kliniken 2006; Helios Kliniken GmbH 2006).

– Helios Kliniken

Allgemeine Qualitätsindikatoren:

Seit dem Jahre 2000 verwenden die Helios Kliniken selbst entwickelte Indikatoren zur Darstellung der Leistungen und Ergebnisqualität von Akutkliniken. Die aus Routinedaten abgeleiteten Indikatoren bilden über 30 Krankheiten und Eingriffe mit 142 Kennzahlen zu gängigen Krankheiten als auch seltenen Operationen ab, wobei die Qualität für das gesamte Krankenhaus und nicht für einzelne Abteilungen erfasst wird. Bei großen Qualitätsmängeln werden Daten durch ein *Peer-Review*-Verfahren bewertet und in einem Kontroll-Verfahren werden die Effekte der Verbesserungsmaßnahmen überprüft. Neben der Erfassung der Struktur- und Prozessqualität wird auch die Ergebnisqualität anhand von DRG-bezogenen Letalitätsraten als Trend dargestellt. Die Helios Kliniken bieten ihre standardisierte Messmethodik der medizinischen Qualität anderen Kliniken kostenlos an, so dass anhand einheitlicher Indikatoren die Qualität und Leistung von Krankenhäusern transparent und ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand verglichen werden können. (Helios Kliniken 2006).

PSI:

Die Qualitätsindikatoren erfassen auch Patientensicherheit: Letalitätsraten bei ausgewählten Diagnosen und Eingriffen, Geburten mit Anteil an Todesfällen der Mutter, Dammriss III. und IV. Grades.

– Klinik-Führer Rhein-Ruhr

647. Eine Art Orientierungshilfe bei der Auswahl von Krankenhäusern ist der Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2005/2006, der in seinem Bericht Daten zur Leistung und Qualität von 74 Krankenhäusern unter Aufführung von bis zu 13 Fachbereichen mit zahlreichen Fachabteilungen und medizinischen Schwerpunkten in der Region veröffentlicht hat. Dabei werden die BQS-Daten der jeweiligen Krankenhäuser mit bundesweiten Durchschnittsdaten für ausgewählte Behandlungen verglichen. Ferner werden Ergebnisse der Befragung von Patienten und einweisenden Ärzten dargestellt. (Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2005). Mittlerweile gibt es vergleichbare Projekte in Berlin und Hamburg.

– Europäisches Praxisassessment (EPA) – Deutschland

648. EPA wurde von einer europäischen Arbeitsgruppe (u. a. Deutschland) auf Basis internationaler Modelle mit validierten Methoden für das Qualitätsmanagement im primärärztlichen Bereich entwickelt. Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen hat zur Umsetzung in Deutschland ein Online-Feedbackverfahren eingeführt (www.aqua-institut.de). Das Assessment mit Hilfe valider Indikatoren wird nach dem PDCA-Zyklus (plan-do-check-act) angegangen. Es werden 26 Bereiche durch 168 Indikatoren abgebildet (z. B. Bereich Qualität und Sicherheit: Fehlermanagement). Ein geschulter Visitor macht einen Praxisbesuch vor Ort und beurteilt das interne Qualitätsmanagement im Rahmen einer moderierten Teamsitzung. Dabei wird die Sicht der Praxisbesitzer, der Mitarbeiter sowie der Patienten berücksichtigt. Die teilnehmenden Praxen haben nach den Visitationen Zugriff auf die EPA-Datenbank, die auch ein Benchmarking mit anderen Praxen ermöglicht. Es sind ferner Outcome-Messungen in ausgewählten Bereichen möglich (EPA 2005).

5.2.3.4 Vorschlag für die Entwicklung von Patientensicherheits-Indikatoren in Deutschland

649. Die im vorangehenden Abschnitt dargestellten PSI können als Pool für die Identifikation von Patientensicherheits-Indikatoren angesehen werden, die in Deutschland entwickelt, validiert und zur Anwendung kommen sollten. Es ist zu empfehlen, die PSI in das Aufgabengebiet der ‚fachlich unabhängigen Institution' zur Entwicklung von Indikatoren nach § 137a SGB V zu integrieren. Die Gruppe der BQS-Indikatoren muss daraufhin untersucht werden, inwieweit sich diese Parameter als PSI nutzen lassen. Die transsektorale Perspektive ist dabei zu beachten.

Internationale Erfahrungen mit der Entwicklung, Spezifizierung und Validierung von allgemeinen Qualitätsindikatoren und PSI sollten genutzt werden. Qualitätsindikatoren sind potentiell zwischen den Ländern übertragbar (Steel 2004), allerdings müssen sie vorher an das jeweilige Land adaptiert werden (Marshall et al. 2003a).

In den USA wurde in einer Studie von 1999-2002 das Benutzen von Qualitätsindikatoren des QI Project durch Krankenhäuser retrospektiv untersucht. Während in den USA die Rate der PSI-Nutzer abnahm, stieg der Anteil weltweit, insbesondere in Taiwan und Belgien (PSI um 6,8 %, übrige Indikatoren um 4,2 %) (Kazandjian et al. 2004). Da Patienten mit PSI-Ereignissen eine längere Liegedauer, höhere Mortalität und höhere Kosten aufweisen (HSR&D 2003; Miller et al. 2001), bedarf es weiterer Forschung zur Klärung des Nutzerverhaltens; denn der Ressourcenaufwand zur Erhebung und Anwendung von PSI ist groß.

PSI: Synopse der Indikatoren-Sets

650. In Tabelle 21 werden basierend auf den vorangehenden Analysen der wichtigsten Indikatoren-Sets Qualitätsindikatoren zusammengestellt, die als Patientensicherheits-Indikatoren geeignet sind. Die Einteilung erfolgt in Anlehnung an die Klassifikation der JCAHO in globale, übergreifende, fach- und diagnosespezifische sowie organisatorische Indikatoren (JCAHO 1990). In Tabelle 22 wird nachfolgend hieraus eine Auswahl getroffen, die in Deutschland einsetzbar erscheint.

Tabelle 21

Synopse von Patientensicherheits-Indikatoren

Bereiche	Indikatoren	Institutionen (Beispiele)
1. Globale Indikatoren		
	Vermeidbare Todesfälle	NSW Health, SimPatIE
	Sterblichkeit bei DRGs mit niedriger Mortalitätsrate	AHRQ[181], SimPatIE
	Dekubitus	AHRQ[182], OECD[183], SimPatIE, IQIP, CIHI, NSW Health, BQS, RIVM[184], WHO-Europe[185]
	Sturz während des stationären Aufenthalts	OECD, IQIP, NSW Health, CCHSA, JCAHO, SimPatIE
	In-Hospital Hüftfraktur	OECD[186], SimPatIE
2. Übergreifende Indikatoren		
2.1 Allgemeine Indikatoren	Diagnostische Fehler	CCHSA[187]
	Prozedurenfehler	CCHSA
	Prä- und postoperative prophylaktische Antibiose	IQIP, WHO-Europe
	Perioperative Mortalität	AHRQ[188], IQIP, NHS[189], BQS[190]
	Müttersterblichkeit	JCAHO, BQS
	Neonatale Mortalität	IQIP, JCAHO
	Nosokomialer Myokardinfarkt	AHRQ[191]
2.2. (Wieder-)Aufnahme	Ungeplante Aufnahme nach einer ambulanten Prozedur	IQIP, WHO-Europe
	Ungeplante Rückkehr zur Notaufnahme innerhalb von 72 Stunden	IQIP, NHS
	Ungeplante stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen	IQIP, NSW Health, NHS, WHO-Europe
	Ungeplante Aufnahme bzw. Rückkehr auf die Intensivstation	NSW Health, IQIP, WHO-Europe
2.3. Intraoperativ	Anästhesiekomplikation	AHRQ, OECD, JCAHO, CIHI, SimPatIE
	Eingriffs- und Seitenverwechselung	OECD, JCAHO, SimPatIE
	Belassen eines Fremdkörpers während des Eingriffs	AHRQ, OECD, CIHI, SimPatIE
	Lungenkompression nach längerem Eingriff	AHRQ
2.4. Postoperativ	Ungeplante Re-Operation	IQIP, NSW Health, BQS
	Postoperativer Myokardinfarkt	BQS[192]
	Postoperative physiologische und metabolische Entgleisung	AHRQ, SimPatIE
	Postoperative respiratorische Insuffizienz	AHRQ, SimPatIE
	Postoperative abdominelle Wunddehiszenz	AHRQ

noch Tabelle 21

Bereiche	Indikatoren	Institutionen (Beispiele)
noch 2.4. Postoperativ	Postoperative Hüftfraktur	AHRQ, OECD, SimPatIE
	Postoperative pulmonale Embolie oder tiefe Venenthrombose	AHRQ, OECD, CIHI, NHS, SimPatIE
	Postoperative Sepsis	AHRQ, OECD, SimPatIE
	Postoperative Hämorrhagie oder Hämatom	AHRQ, SimPatIE
2.5. Ausgewählte nosokomiale Infektionen	Wundinfektion	OECD, IQIP, NSW Health, CCHSA, NHS, BQS[193], RIVM, SimPatIE
	Beatmungsbedingte Pneumonie	OECD, IQIP, SimPatIE
	Infektionen von intravasalen und Harnwegskathetern, Drainagen	AHRQ[194], OECD[195], IQIP
2.6. Technical Devices	Unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Medikalprodukten (AMDE: adverse medical device events)	OECD, CCHSA, JCAHO
2.7. Medikamentenbedingt	Medikationsfehler	OECD, JCAHO
	Erkrankung infolge einer vermeidbaren unerwünschten Medikamentenwirkung	NSW Health
	Komplikationen nach Sedativa und Analgesie	IQIP[196]
	Mortalität infolge einer vermeidbaren unerwünschten Medikamentenwirkung	NSW Health
2.8. Einzelereignisse (*sentinel events*)	Fehlpunktion und Organverletzungen	AHRQ, BQS[197], OECD[198], SimPatIE
	Iatrogener Pneumothorax	AHRQ, SimPatIE
	Transfusionsreaktion	AHRQ, OECD, CIHI, RIVM, SimPatIE
	Erfolglose Wiederbelebung[199]	AHRQ, SimPatIE
3. Diagnosebezogene Indikatoren		
	Schlaganfall nach einem herzchirurgischen Eingriff	NSW Health
	Amputation bei Diabetes-Patienten	NSW Health
	Amputation nach einem gefäßchirurgischen Eingriff	NSW Health
4. Fachspezifische Indikatoren: Beispiel Geburtshilfe		
	Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung mit Instrument[200]	AHRQ, JCAHO, OECD, CIHI, BQS, SimPatIE
	Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung ohne Instrument[201]	AHRQ, JCAHO, BQS, SimPatIE
	Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit)	BQS[202]
	Geburtshilfliches Trauma – Kaiserschnitt[203]	AHRQ, OECD, IQIP, SimPatIE, WHO-Europe
	Geburtstrauma – Verletzung des Neonaten	AHRQ, OECD, SimPatIE

noch Tabelle 21

Bereiche	Indikatoren	Institutionen (Beispiele)
noch 4. Fachspezifische Indikatoren: Beispiel Geburtshilfe	Probleme bei der Kindsgeburt[204]	AHRQ, OECD, CIHI, Australian Council for Safety and Quality, SimPatIE
5. Organisatorische Indikatoren		
5.1. Vorfälle	Körperliche Zwangsmaßnahmen (Dauer, Zeit, Grund, Verletzungen)	IQIP, CCHSA, JCAHO
	Missbrauch	CCHSA, JCAHO
	Schädliches Verhalten des Patienten[205]	IQIP, JCAHO, SimPatIE[206]
5.2. Personal- und Einrichtungsressourcen	Personalkompetenz/Training	CCHSA, NHS, WHO-Europe
	Arbeitszeit	NHS, WHO-Europe
	Arbeitsumstände (Stress, Unzufriedenheit)	
	Zugang	AHRQ, CCHSA, NHS
	Wartezeit	CCHSA, JCAHO

Quelle: Eigene Darstellung von internationalen Literaturquellen abgeleitet

[181] Todesfälle im Krankenhaus pro 1 000 Patienten bei DRGs mit einer Mortalität von weniger als 0,5 %; Ausschluss: Patienten mit Trauma, Immunsuppression oder Krebs.
[182] Dekubitusfälle pro 1 000 Entlassungen mit einer Liegedauer von über vier Tagen; Ausschluss: z. B. Patienten mit Lähmungen, Übernahme von einer Abteilung mit Langzeitversorgung
[183] Die aufgeführten PSI der OECD stammen aus: AHRQ, JCAHO, CIHI, Australian Council for Safety and Quality und dem Complications Screening Programme BIH (Beth Israel Hospital, Boston) (Millar/Mattke 2004).
[184] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (National Institute for Public Health and the Environment)
[185] Pressure ulcers for stroke and fracture patients
[186] Ausschluss: Trauma, Malignom, Vergiftung, kardiale und neurologische Erkrankungen
[187] Die in der Tabelle aufgeführten PSI der CCHSA wurden aus einem Fragebogen abgeleitet (CCHSA 2003c)
[188] AHRQ Inpatient Quality Indicators: stationäre Mortalitätsraten bei ausgewählten chirurgischen Eingriffen und medizinischen Diagnosen (AHRQ 2007b)
[189] 30-Tage-Letalität im Krankenhaus und nach Entlassung (elektiv/nicht elektiv); Beispiel: Mortalität nach einem herzchirurgischen Eingriff (CABG, Herzklappen)
[190] Letalität bei ausgewählten Eingriffen
[191] Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data – The Patient Safety Indicators: Postoperativer akuter Myokardinfarkt (McDonald et al. 2002)
[192] Allgemeine postoperative Komplikationen bei ausgewählten Eingriffen: Kardiopulmonale Komplikationen (z. B. Herzinfarkt, Lungenembolie nach tiefer Beinvenethrombose oder Lungenentzündung), postoperatives Durchgangssyndrom mit Verwirrtheit, Harnwegsinfekt, Komplikationen im Magen-Darm-Trakt; ferner neurologische Komplikationen bei kombinierter Koronar- und Aortenklappenchirurgie sowie Nervenschaden bei Knie-Totalendoprothesen-Wechsel.
[193] postoperative Wundinfektion bei ausgewählten Eingriffen; für die Hüft- und Knieendoprothetik Bestandteil des BQS-Sets für die verpflichtende Berichterstattung in den Qualitätsberichten zum 31. Oktober 2007 (DKG 2007)
[194] Selektive Infektionen infolge medizinischer Versorgung, primär intravenöse Leitungen und Katheter.
[195] Infektion infolge medizinischer Versorgung
[196] In der Notaufnahme, Radiologie, Herzkatheter-Untersuchung, Endoskopie und Intensivstation
[197] Organverletzung bei ausgewählten Eingriffen
[198] Technische Schwierigkeit bei der Prozedur
[199] Failure to rescure: Todesfälle bei Entlassungen mit potentiellen Komplikationen, z. B. Pneumonie, Sepsis, akutes Nierenversagen, tiefe Beinvenenthrombose/pulmonale Embolie, Schock/Herzstillstand oder gastrointestinale Blutung/akutes Ulcus
[200] Mit Dammriss III. oder IV. Grades
[201] Mit Dammriss III. oder IV. Grades
[202] Bestandteil des BQS-Sets für die verpflichtende Berichterstattung in den Qualitätsberichten zum 31. Oktober 2007 (DKG 2007)
[203] Mit Dammriss III. oder IV. Grades
[204] Müttersterblichkeit oder schwere Erkrankung im Zusammenhang mit Wehen oder Entbindung
[205] Tätlicher Angriff, Selbstgefährdung/Suizidversuch
[206] Beurteilung des suizidalen Risikos bei schizophrenen Patienten

Auswahl von PSI für eine Nutzung in Deutschland

651. Aus den in Tabelle 21 zusammengestellten PSI wird eine Auswahl getroffen, die für die deutschen Verhältnisse anwendbar erscheint (Tabelle 22). Für diese Auswahl waren die verfügbare Evidenz zur Validität, internationale und nationale Erfahrungen, die Reliabilität, die Machbarkeit einschließlich Zugänglichkeit über administrative Daten und die Eignung als Patientensicherheits-Indikatoren (Sensitivität, Relevanz und Regelbasiertheit) maßgeblich. Die Begründung für die Auswahl dieser Indikatoren einschließlich der zugrundeliegenden Evidenz ist im Anhang exemplarisch an fünf PSI aus der Gruppe der globalen und übergreifenden Indikatoren dargestellt. Es handelt sich um eine Auswahl, die nicht als abschließend zu verstehen ist, und insbesondere durch Indikatoren ergänzt werden sollte, die sich aufgrund der Datenlage in Deutschland als reliabel, machbar und valide herausgetellt haben und im übrigen den Anforderungen an PSI entsprechen.

Tabelle 22

Patientensicherheits-Indikatoren – Vorschlag[207]

Bereiche	Indikatoren	Institutionen (Beispiele)
1. Globale Indikatoren		
	1. Sterblichkeit bei DRGs mit niedriger Mortalitätsrate	AHRQ[208], SimPatIE
	2. Dekubitus	AHRQ[209], OECD[210], SimPatIE, IQIP, CIHI, NSW Health, BQS, RIVM[211], WHO-Europe[212]
	3. In-Hospital Hüftfraktur	OECD[213], SimPatIE
2. Übergreifende Indikatoren		
2.1 Allgemeine Indikatoren	4. Perioperative Mortalität	AHRQ[214], IQIP, NHS[215], BQS[216]
	5. Nosokomialer Myokardinfarkt	AHRQ[217]
2.2 (Wieder-) Aufnahme	6. Ungeplante stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen	IQIP, NSW Health, NHS, WHO-Europe
	7. Ungeplante Aufnahme bzw. Rückkehr auf die Intensivstation	NSW Health, IQIP, WHO-Europe
2.3 Intraoperativ	8. Anästhesiekomplikation	AHRQ, OECD, JCAHO, CIHI, SimPatIE
	9. Eingriffs- und Seitenverwechselung	OECD, JCAHO, SimPatIE
	10. Belassen eines Fremdkörpers während des Eingriffs	AHRQ, OECD, CIHI, SimPatIE
2.4 Postoperativ	11. Ungeplante Re-Operation	IQIP, NSW Health, BQS
	12. Postoperative pulmonale Embolie oder tiefe Venenthrombose	AHRQ, OECD, CIHI, NHS, SimPatIE
	13. Postoperative Sepsis	AHRQ, OECD, SimPatIE
	14. Postoperative Hämorrhagie oder Hämatom	AHRQ, SimPatIE
2.5 Ausgewählte nosokomiale Infektionen	15. Wundinfektion	OECD, IQIP, NSW Health, CCHSA, NHS, BQS[218], RIVM, SimPatIE
	16. Beatmungsbedingte Pneumonie	OECD, IQIP, SimPatIE
	17. Infektionen von intravasalen und Harnwegskathetern und Drainagen	AHRQ[219], OECD[220], IQIP
2.6 Technical Devices	18. Unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Medikalprodukten (AMDE: adverse medical device events)	OECD, CCHSA, JCAHO

noch Tabelle 22

Bereiche	Indikatoren	Institutionen (Beispiele)
2.7 Medikamenten-bedingt	19. Unangemessene Medikation bei älteren Patienten	AHRQ
	20. Kontrastmittelassoziierte Nephropathie	eigener Vorschlag
2.8 Einzelereignisse (*sentinel events*)	21. Iatrogener Pneumothorax	AHRQ, SimPatIE
	22. Transfusionsreaktion	AHRQ, OECD, CIHI, RIVM, SimPatIE
	23. Erfolglose Wiederbelebung[221]	AHRQ, SimPatIE
3. Diagnosebezogene Indikatoren		
	24. Schlaganfall nach einem herzchirurgischen Eingriff	NSW Health
	25. Amputation bei Diabetes-Patienten	NSW Health
	26. Amputation nach einem gefäßchirurgischen Eingriff	NSW Health
4. Fachspezifische Indikatoren: Beispiel Geburtshilfe		
	27. Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung mit Instrument[222]	AHRQ, OECD, CIHI, JCAHO, BQS[223], SimPatIE
	28. Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung ohne Instrument[224]	AHRQ, JCAHO, BQS[225], SimPatIE
5. Organisatorische Indikatoren		
5.1. Vorfälle	29. Körperliche Zwangsmaßnahmen (Dauer, Zeit, Grund, Verletzungen)	IQIP, CCHSA, JCAHO
5.2. Personal- und Einrichtungs-ressourcen	30. Arbeitszeit	NHS, WHO-Europe

Quelle: Eigene Darstellung

207 Dieser Vorschlag ist nicht als ‚PSI-Set' zu verstehen und nicht zur Score-Bildung geeignet
208 Todesfälle im Krankenhaus pro 1 000 Patienten bei DRGs mit einer Mortalität von weniger als 0,5 %; Ausschluss: Patienten mit Trauma, Immunsuppression oder Krebs.
209 Dekubitusfälle pro 1 000 Entlassungen mit einer Liegedauer von über vier Tagen; Ausschluss: z. B. Patienten mit Lähmungen, Übernahme von einer Abteilung mit Langzeitversorgung
210 Die aufgeführten PSI der OECD stammen aus: AHRQ, JCAHO, CIHI, Australian Council for Safety and Quality und dem Complications Screening Programme BIH (Beth Israel Hospital, Boston) (Millar/Mattke 2004).
211 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (National Institute for Public Health and the Environment)
212 Pressure ulcers for stroke and fracture patients
213 Ausschluss: Trauma, Malignom, Vergiftung, kardiale und neurologische Erkrankungen
214 AHRQ Inpatient Quality Indicators: stationäre Mortalitätsraten bei ausgewählten chirurgischen Eingriffen und medizinischen Diagnosen (AHRQ 2007b)
215 30-Tage-Letalität im Krankenhaus und nach Entlassung (elektiv/nicht elektiv); Beispiel: Mortalität nach einem herzchirurgischen Eingriff (CABG, Herzklappen)
216 Letalität bei ausgewählten Eingriffen
217 Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data – The Patient Safety Indicators: Postoperativer akuter Myokardinfarkt (McDonald et al. 2002)
218 Postoperative Wundinfektion bei ausgewählten Eingriffen; für die Hüft- und Knieendoprothetik Bestandteil des BQS-Sets für die verpflichtende Berichterstattung in den Qualitätsberichten zum 31. Oktober 2007 (DKG 2007)
219 Selektive Infektionen infolge medizinischer Versorgung, primär intravenöse Leitungen und Katheter.
220 Infektion infolge medizinischer Versorgung
221 Failure to rescue: Todesfälle bei Entlassungen mit potentiellen Komplikationen, z. B. Pneumonie, Sepsis, akutes Nierenversagen, tiefe Beinvenenthrombose/pulmonale Embolie, Schock/Herzstillstand oder gastrointestinale Blutung/akutes Ulcus
222 Mit Dammriss III. oder IV. Grades
223 JCAHO und BQS: Dammriss III. oder IV. Grades
224 Mit Dammriss III. oder IV. Grades
225 JCAHO und BQS: Dammriss III. oder IV. Grades

Bewertung der einzelnen PSI

652. Die Qualitätsindikatoren sind anhand folgender Kriterien zu evaluieren (AHRQ 2007d; Davies et al. 2001)**:**

– Sensitivität: Anteil der Patienten mit (durch Entlassungsdaten, Klagen oder andere Verfahren bestätigtem) unerwünschtem Ereignis, das durch den Indikator richtig identifiziert werden konnte.

– Positiver Prädiktiver Wert: Anteil der Patienten mit einem positiven Ansprechen des Indikators, bei dem ein unerwünschtes Ereignis bestätigt wurde.

– Minimale Bias: Der Indikator sollte nicht durch systematische Unterschiede im Patienten-Case-Mix beeinflusst werden.

– Augenscheinvalidität: Ein adäquater Qualitätsindikator hat eine klinische oder empirische Rationale für seinen Nutzen. Er sollte einen wichtigen Aspekt der Qualität messen, der sich einer Kontrolle in der Gesundheitsversorgung unterziehen muss.

– Konstruktvalidität: Der Indikator bezieht sich auf andere Indikatoren oder Messungen, die dieselben oder ähnliche Aspekte der Qualität messen sollen. Er soll wahre Qualitätsprobleme in der Gesundheitsversorgung identifizieren.

– *Single ratio*: Anteil der totalen Variation unter den Krankenhäusern, der eher durch systematische Unterschiede (*signal*) als durch Zufallsvariation (*noise*) bedingt ist.

  – Hoch: beobachtete Unterschiede der risikoadjustierten Raten reflektieren wahre Unterschiede unter den Krankenhäusern.

  – Niedrig: beobachtete Unterschiede der risikoadjustierten Raten reflektieren keine/geringe Unterschiede unter den Krankenhäusern.

– *Signal standard deviation*: misst, bis zu welchem Ausmaß die Leistung des Qualitätsindikators systematisch unter den Krankenhäusern oder Regionen variiert. Die *signal standard deviation* ist die beste Schätzung der Abweichung der QI-Performance, die tatsächlich mit Krankenhaus oder der Region assoziiert ist und nicht Folge von einer Zufalls-Abweichung von Patienten-Case-Mix oder Umgebungsbedingungen ist. Eine große systematische Abweichung unter den Krankenhäusern und Regionen bedeutet, dass es weiterer Forschung und Qualitätsverbesserung bedarf. Wenn die *signal standard deviation* klein ist, kann eine Verbesserung der Leistung von Krankenhäusern mit niedriger Rangfolge auf das Niveau der Krankenhäusern mit hoher Rangfolge lediglich einen kleinen Gewinn haben.

  – Hoch: systematische Unterschiede (Signale) unter den Krankenhäusern sind hoch und sind mit Krankenhauseigenschaften assoziiert.

  – Niedrig: systematische Unterschiede (Signale) unter den Krankenhäusern sind niedrig und sind weniger mit Krankenhauseigenschaften assoziiert.

– *Signal share*: Messung des Anteils der totalen Variation (Krankenhaus und Patient). Je niedriger der Anteil, desto weniger wichtig ist das Krankenhaus und desto wichtiger andere potentielle Faktoren (z. B. Patient).

Hinweise für die Umsetzung

653. Die Arbeit mit Indikatoren ist nie statischer Natur, sondern muss sich hinsichtlich Spezifikation und Validität den sich fortlaufend verändernden Umfeldbedingungen anpassen (z. B. Veränderung im Abrechnungssystem, Änderungen der vergleichenden Qualitätssicherung, innovative Behandlungsmethoden etc.).

Die vorgeschlagenen Indikatoren sind daher nur als Vorschläge zu verstehen, die im einzelnen und je nach Einsatzgebiet validiert und spezifiziert werden müssen. Trotzdem ist der Rat der Meinung, dass die vorhandene Evidenz ausreicht, um die o.g. Indikatoren als Grundlage für Anwendung von PSI zu empfehlen.

Insbesondere ist zu beachten, dass Indikatoren immer das Verhalten der betroffenen Personengruppen verändern. Es kommt z. B. regelmäßig zu Vermeidungsstrategien, so dass ein Wechsel der verwendeten Indikatoren sinnvoll sein kann (*cycling*). Für den internen Gebrauch sind die ‚alten' Indikatoren durchaus weiterzunutzen; soweit ein interinstitutioneller Vergleich angestrebt wird, ist dieser Wechsel jedoch unvermeidlich.

5.2.3.5 Nutzung von Routinedaten

654. Seit dem Jahr 2004 wird in Deutschland die Krankenhausfinanzierung von dem seit 1993 gültigen Mischsystem von Fallpauschalen und tagesgleichen Pflegesätzen auf das Risiko- und Komplikations-adjustierte G-DRG-System umgestellt. Wie in anderen Ländern wird diese Umstellung von einer Verbreiterung der Qualitätsberichterstattung begleitet (z. B. § 137 SGB V). Beide Entwicklungen führen zu einer Zunahme der aus dem Behandlungsgeschehen abgeleiteten administrativen Daten, so dass der Gedanke attraktiv erscheint, diese Daten auch im Sinne von Qualitätsindikatoren zu nutzen. Auch in anderen Ländern ist kurz nach DRG-Einführung die Diskussion geführt worden, ob diese Daten hinsichtlich Machbarkeit, Reliabilität, Validität und Relevanz (Wirksamkeit) sinnvoll einzusetzen sind (Iezzoni et al. 1992). Heutzutage basieren die Patient Safety Indicators der AHRQ auf Routinedaten (McDonald et al. 2002). Die Frage der Machbarkeit, Reliabilität und Validität der administrativen bzw. Routinedaten ist daher für die deutsche Diskussion von großer Aktualität. Die Problematik der Relevanz – führt die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung – hat übergeordnete Bedeutung und wird in Kapitel 5 (s. Abschnitt 5.3.2) eingehend diskutiert.

655. Grundsätzlich können Indikatoren durch direkte Beobachtung der Behandlung, durch Analyse von Routinedaten, durch eine prospektive oder retrospektive Analyse von Krankenakten mit oder ohne Computer-gestütztes *signaling* und durch freiwillige Meldung aus dem Kontext des Behandlungsablaufes heraus erhoben werden. Die Nutzung von Routinedaten unterscheidet in Deutschland folgende Datenquellen:

– Daten, die unmittelbar auf die DRG-basierte Abrechnung zurückgreifen, einschließlich der OPS-, ICD- und § 21 KHEntgG-Daten,

– Daten, die auf verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, andere verpflichtende Qualitätssicherungsprogramme (z. B. im Rahmen des Disease Managements) und verpflichtende Programme der professionellen Gremien zurückgreifen,

diese sind abzugrenzen von

– klinischen Daten, die primär zu Zwecken der Qualitätssicherung erhoben werden.

656. Die Machbarkeit, d. h. der gute Zugang zu den Daten, ist der große und am häufigsten genannte Vorteil der Routinedaten. Auf diese Weise können große Datenmengen aggregiert werden, die auch Stratifizierungs- und Risikoadjustierungsverfahren möglich machen, die bei kleinen Datenmengen nicht sinnvoll anzuwenden sind (Zhan/Miller 2003). Die Zusatzkosten der Datenerhebung sind niedrig (Weingart/Iezzoni 2003).

Dagegen ist die in der aktuellen Diskussion immer wieder angeführte hohe Reliabilität der Daten nicht unbestritten; während Mortalität, Verweildauer und Wiederaufnahmerate im allgemeinen als reliable Indikatoren angesehen werden können, ist die Kodierung von Diagnosen, Komorbidität und Komplikationen sehr variabel (Scott/Ward 2006). Dies ist darin begründet, dass die DRG-Systeme zu Abrechnungszwecken optimiert sind und qualitätsrelevante Fragestellungen schlecht oder gar nicht abgrenzen (Thomas/Petersen 2003). Neben der klinischen Unschärfe besteht die Gefahr der Unterkodierung von qualitätsrelevanten Verläufen und Zuständen (McDonald et al. 2002). So kann man selbst am Dekubitus zeigen, dass Routinedaten die Häufigkeit mit einer Sensitivität von teilweise weit unter 50% deutlich unterschätzen (zusammenfassende Darstellung bei AHRQ 2007d). In einer Studie, in der Indikatoren aus Routinedaten mit einem klinischen Review verglichen wurden, wurde ein *underreporting* bei 20 von 21 Komorbiditäten beobachtet (Powell et al. 2001). Es wird zudem in Deutschland sehr oft vergessen, dass das G-DRG-System lediglich kostenhomogene und keine medizinisch homogene Gruppen bildet, anders als die *refined*-Systeme der vierten Generation, die die Letalität sehr gut vorhersagen und zur Risikoadjustierung gut geeignet sind (Romano/Chan 2000). Selbst Daten zur Mortalität bedürfen einer genauen Spezifikation, damit die Anforderungen an die Reliabilität erfüllt sind, so z. B. hinsichtlich der Jahresüberlieger oder der Frage, ob die *inhouse* oder 30 Tage-Mortalität gemeint ist (Baker et al. 2002; McKibben et al. 2006). Indikatoren beeinflussen nicht ausnahmsweise, sondern regelmäßig das Verhalten der von der Messung betroffenen Personen und Berufsgruppen, so dass sie nach einiger Zeit an Reliablität und Validität verlieren. So kann die Reliabilität durch wissentliche und unwissentliche Fehlangaben gefährdet sein, bei Ausbleiben von entsprechenden Kontrollen („Qualitätssicherung der Qualitätssicherung“) können falsche Angaben das Ergebnis verfälschen und fehlgerichtete Anreize setzen (GA 2000/2001, II, Ziffer 273f.).

657. Eine mangelnde Reliabilität schränkt auch die Validität ein, da weite Bereiche der Behandlung durch Routinedaten nicht abzubilden sind (State Government of Victoria 1996). Die Validität von Indikatoren auf der Basis von Routinedaten ist daher immer wieder kritisch beleuchtet worden (Olsen et al. 2007; Thomas/Petersen 2003; Weingart/Iezzoni 2003). In einer vergleichenden Studie waren klinische Daten deutlich besser in der Vorhersage der Letalität als administrative Daten und waren zueinander auch nur schwach korreliert (Hannan et al. 1992). Andererseits erfasste eine Studie an den Daten von 2,4 Mio. Patienten auf ICD-9 Basis z. B. 65 Wundinfektionen auf 10 000 Entlassungen, eine Häufigkeit, die mit 0,65 % zumindest in der Größenordung der bekannten Rate von ca. 1 % liegt (Miller et al. 2001). Die Arbeit mit Indikatoren ist grundsätzlich immer von der Problematik begleitet, dass Sensitivität und Spezifität nicht gleichermaßen bei 100 % liegen können. So ist die Validität der häufig genutzten, risikoadjustierten Mortalitätsdaten niedrig – wenngleich man auf diese Information als Basis nicht verzichten möchte – (Seagroatt/Goldacre 2004), die beobachtete Varianz ist nicht durch die Qualität der Versorgung zu erklären (Park et al. 1990). In einer Modellierung wurden in einer Studie durch die risikoadjustierte Mortalität selbst unter optimistischen Grundannahmen 88 % der Häuser mit Qualitätsproblemen nicht als solche erkannt und gleichzeitig 38 % der Krankenhäuser mit guter Qualität fälschlicherweise als *high risk* gewertet (Thomas/Hofer 1999). Es gibt weiterhin wenig Informationen darüber, ob sich Routinedaten zur Unterscheidung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen (Schäden) und spontanen unerwünschten Ereignissen ohne vorangegangenen Fehler eignen (Iezzoni et al. 1994; McDonald et al. 2002).

658. Dennoch wäre es voreilig, Routinedaten als Grundlage für Indikatoren und speziell Patientensicherheits-Indikatoren grundsätzlich abzulehnen, erstens um einen Beginn zu machen, zweitens um (auch) diesen Zugang für Hinweise auf Defizite, problematische Bereiche und Komplikationen zu nutzen (Helios Kliniken 2006) und tiefergehende Analysen zielgerichtet auf Häuser mit möglichen Problemen auszurichten (Iezzoni et al. 1992). Die Argumentation der AHRQ bezüglich der auf Routinedaten basierenden PSI läuft darauf hinaus, nicht die Analyse des Einzelfalles als Ziel der Indikatoren-Erhebung anzusehen, sondern die Identifikation kritischer Systemfaktoren zu erleichtern, die dann Gegenstand weitergehender Analysen sind (McDonald et al. 2002; Romano et al. 2003; Weingart et al. 2000). Diese Herangehensweise entspricht nach Ansicht des Rates einem adäquaten Verständnis der Funktion von Indikatoren (JCAHO 1990).

659. Die meisten Erfahrungen zur Nutzung von Routinedaten liegen aus den USA vor, dort werden sie seit Jahren zur Evaluierung der Ergebnisqualität eingesetzt (Iezzoni et al. 1994). Im Jahr 1986 initiierte die Health Care Financing Administration (HCFA) die Veröffentlichung von risikoadjustierten Mortalitätsdaten von Akutkrankenhäusern, die im Jahr 1992 jedoch eingestellt wurde (Mennemeyer et al. 1997). Von mehreren Arbeitsgruppen wurden PSI-Sets aus Routinedaten entwickelt

(Asch et al. 2000; Bates et al. 1995b; Miller et al. 2001). Das National Committee for Quality Assurance (NCQA) stellte den Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) auf Routinedaten um (Schneider et al. 1999). Das Complication Screening Programm (CSP) wies Mängel in der Validität auf (Iezzoni et al. 1994; Weingart et al. 2000). Die HCUP-Indikatoren (Healthcare Cost and Utilization Project) der AHRQ sind kostengünstig für die fortlaufende Qualitätsmessung konzipiert worden, die allerdings mehr als ein Screening-Instrument sowie als eine Methode zur Trendaufzeichnung betrachtet werden (Davies et al. 2001). Aufbauend auf den HCUP-Indikatoren hat die AHRQ Qualitätsindikatoren zu den drei Bereichen Akutversorgung im Krankenhaus, Patientensicherheit und Qualität der Prävention auf Basis von Routinedaten entwickelt, die von ca. 20 % der US-amerikanischen Krankenhäuser eingesetzt werden und internationale große Beachtung gefunden haben (McDonald et al. 2002; Romano 2002; Romano et al. 2003; Weingart/ Iezzoni 2003; Zhan/Miller 2003).

660. In einem deutschen Forschungsprojekt wurde die Übertragbarkeit der PSI der AHRQ auf Deutschland überprüft. Die Analyse zeigt, dass die zu Abrechnungszwecken erstellten deutschen Routinedaten die Elemente der PSI aus dem AHRQ-Datensatz erfassen und somit eine Übertragung ermöglichen. Allerdings muss zuvor aufgrund der Unterschiede in der medizinischen Klassifikation und im DRG-System ein Mapping (Überleitung) durchgeführt werden, um die US-amerikanische Klassifikation (ICD-9-CM) mit der deutschen Version (ICD-10-GM) vergleichbar zu machen. Da mit Ausnahme von wenigen Kliniken, die ihre eigenen Referenzwerte berechnen, keine deutschen Referenzwerte vorliegen, können auffällige Parameter nur mit US-amerikanischen Referenzwerten verglichen werden (Drösler et al. 2007).

661. Die Helios Kliniken legten im Jahr 2006 den ‚Medizinischen Jahresbericht 2005‘ vor, der neben der Mortalität wichtige Qualitätsindikatoren für eine Vielzahl von Erkrankungen enthielt (Helios Kliniken GmbH 2006). Das insgesamt sehr praxisnahe Herangehen legt den Schwerpunkt auf die haus- und konzerninterne Steuerung und Qualitätsverbesserung, läßt aber die o. g. Einschränkungen außer Acht. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Steuerungswirkung real gegeben ist, zumindest weist der longitudinale Vergleich bei mehreren Krankheitsbildern deutliche Verbesserungstendenzen auf.

662. Der AOK-Bundesverband, das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), die Helios Kliniken und das Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt GmbH (FEISA) haben das gemeinsame Projekt ‚Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten‘ (QSR) auf der Grundlage von Routinedaten der AOK und unter Verwendung einer besonderen Methodik zur Evaluation der Qualität durchgeführt. Das Projekt wurde Ende 2002 mit der Fragestellung gestartet, ob sich die Routinedaten der Krankenkassen und Kliniken für eine Qualitätssicherung in der stationären Versorgung eignen. Für ausgewählte Tracerdiagnosen bzw. -operationen werden Indikatoren wie Wiederaufnahme, Revision und Letalität nach 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr erfasst. Anhand der risikoadjustierten Ergebnisindikatoren sowie Trendanalysen liefern die Datensätze sektorenübergreifende Informationen – über die stationäre Phase hinaus – und ermöglichen eine Beurteilung der Ergebnisqualität einzelner Krankenhäuser, ein bundesweites Benchmarking sowie einen Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Behandlungsverfahren. Zudem wird geplant, den Krankenhäusern Daten zur eigenen Ergebnisqualität zu liefern und den Versicherten Informationen zur Ergebnisqualität von Behandlungen zur Verfügung zu stellen. Hierzu werden die Kliniken angeregt, der Datenveröffentlichung einzuwilligen. Durch mehr Transparenz und Qualitätswettbewerb würden die Versorgungsforschung und der Vertragswettbewerb neue Impulse erhalten. Der Endbericht ist im März 2007 erschienen (AOK-Bundesverband/FEISA/Helios Kliniken/ WIdO 2007; Helios Kliniken 2006; Heller et al. 2003).

663. Die Zukunft wird in der Kombination von Routinedaten und klinischen Daten liegen (Bufalino et al. 2006). Routinedaten können sicherlich den Aufwand der Erhebung von klinischen Daten verringern, indem sie Risikosituationen identifizieren und die Kommunikationswege verkürzen (Bates/Gawande 2003; Weingart et al. 2000). Auf lange Sicht wird sich wegen der Validitätsprobleme von Routinedaten der kombinierte Einsatz mit klinischen Daten als beste Lösung herausstellen, insbesondere weil sonst die Gefahr besteht, dass Versorgungsbereiche, die durch Routinedaten nicht gut abbildbar sind, aus der Qualitätsberichterstattung und damit auch von den Anreizen zur Verbesserung ausgeschlossen bleiben. Die Kombination von klinischen und Rotuinedaten ist bereits vielfach erfolgreich erprobt worden, indem administrative Daten z. B. als IT-gestützte ‚Trigger‘ eingesetzt werden, um die Erfassung von unerwünschten Ereignissen auf der Basis von klinischen Daten zu erleichtern (Classen et al. 1991; Jain et al. 2006). Besonders ist auf die Notwendigkeit hinzuweisen, entsprechende Daten sektorübergreifend zu erheben, damit Behandlungsabläufe über den ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor hinweg erfasst werden können.

5.2.3.6 Zwischenfazit

664. Angesichts der hohen Häufigkeit von (vermeidbaren) unerwünschten Ereignissen im Gesundheitswesen erscheint die Identifizierung von Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) sinnvoll und angebracht, um auf institutioneller und Systemebene Verbesserungsprozesse zu unterstützen. PSI stellen eine Teilmenge der Qualitätsindikatoren dar und müssen Anforderungen genügen, die über diejenigen ‚normaler‘ Indikatoren hinausgehen. Der Rat empfiehlt, bei der Entwicklung von PSI besonders auf die Eigenschaften Sensitivität, Relevanz und Regelbasierung Wert zu legen. Durch eine hohe Sensitivität werden Ereignisse nicht übersehen, gute Machbarkeit und hohe Relevanz berücksichtigen Handlungsoptionen und Dringlichkeit, und ein ausgeprägt normativer Charakter der Indikatoren erleichtert die Prozessanalyse im Schadensfall. Vor diesem Hintergrund ist allerdings die Entwicklung von PSI-Sets keine vordringliche Aufgabe, zumindest soweit sie im Sinne von Scores die genannten Eigenschaften der PSI erweitern sollen.

665. Aus der internationalen Literatur und aus internationalen Erfahrungen wird ein Vorschlag für PSI abgeleitet, der sich aus globalen und übergreifenden Indikatoren, fach- und diagnose-spezifischen sowie organisatorischen Indikatoren zusammensetzt. Die Eigenschaften dieser Indikatoren (Machbarkeit, Reliabilität und Validität) werden auf der Basis der verfügbaren Literatur dargestellt, wobei klar wird, dass die Validierung noch Lücken aufweist.

Die vorgeschlagenen PSI können als Pool für die Patientensicherheits-Indikatoren angesehen werden, die in Deutschland entwickelt, validiert und zur Anwendung kommen sollten. Entwicklung und Validierung von PSI sollten in das Aufgabengebiet der ‚fachlich unabhängigen Institution' nach § 137a SGB V integriert werden. Internationale Erfahrungen mit der Entwicklung, Spezifizierung und Validierung von allgemeinen Qualitätsindikatoren und PSI sollten genutzt werden. Die Gruppe der BQS-Indikatoren muss daraufhin untersucht werden, inwieweit sich diese Parameter als PSI nutzen lassen. Die transsektorale Perspektive ist dabei zu beachten (vgl. § 137 Abs. 2 SGB V).

666. Die ausschließliche Nutzung von Routinedaten (z. B. ICD, OPS, DRG, § 21 KHEntgG) ist kritisch zu werten, insbesondere da die Validität von Routinedaten beschränkt ist, weil sie zu Zwecken der Abrechnung entwickelt und optimiert sind und das deutsche G-DRG System keine medizinisch homogenen Gruppen kennt. Die epidemiologischen Studien zu *adverse events* verwenden ausschließlich klinische Daten und nutzen Routinedaten nur als Trigger. Für die Qualitätssicherung relevante Daten werden im Rahmen der Routinedaten unterdokumentiert. Trotzdem ist es sinnvoll, als Routinedaten vorliegende Daten im Rahmen von PSI zu verwenden, um den Erhebungsaufwand gering zu halten, und im Sinne eines adäquaten Verständnisses des Indikatorenkonzeptes als Anhaltspunkte für Bereiche zu verwenden, in denen weitere Untersuchungen notwendig sind. Die Zukunft wird in einer abgestimmten Mischung von klinischen und Routinedaten liegen.

5.2.4 Patientensicherheit in der Arzneimittelversorgung

667. Die Arzneimitteltherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Indikationsbereichen neue Behandlungsmöglichkeiten erschlossen, die den Patienten zugute kommen (z. B. im Bereich der Onkologie mit Herceptin oder Avastin, bei der Behandlung von Hepatitis C mit Interferonen oder von rheumatoider Arthritis mit TNF-Antagonisten (z. B. Adalimumab, Etanercept oder Infliximab). In jedem Jahr kommen einige neue Arzneimittel auf den Markt, die entweder therapeutisch oder technologisch innovativ sind und mit denen eine bessere Versorgung von Patienten möglich ist. Darunter sind auch mehr und mehr Arzneimittel, die hochselektiv in Stoffwechselvorgänge und Funktionen des Organismus eingreifen. Bei allen Arzneimitteln, insbesondere bei den neuen, sind Informationen über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken von wachsender Relevanz. Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie bedürfen immer einer angemessenen Nutzen- und Schadenabwägung (AkdÄ 2005). Hinweise auf potentielle Risiken, die bei kleineren Patientenpopulationen im Rahmen der klinischen Prüfungen aufgetreten sind, werden deshalb zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Entscheidung im Rahmen der Zulassung eines Arzneimittels für die Arzneimittelsicherheit.

Dabei kommt es auf Grund von festgestellten Risiken aus zu Marktrücknahmen – die Namen Lipobay oder Vioxx sind in diesem Zusammenhang Beispiele aus den letzten Jahren. Die öffentliche Diskussion über diese Marktrücknahmen hat das Thema Arzneimittelsicherheit auch in der Öffentlichkeit und in den Medien zum Thema gemacht. Im Rahmen dieser Diskussionen wurde auch deutlich, dass sich die Überwachung des Arzneimittelmarktes, die Bereitstellung von Risikoinformationen und die Maßnahmen zur Entdeckung von Arzneimittelrisiken verbessert werden müssen.

5.2.4.1 Unerwünschte Wirkungen und Pharmakovigilanz

668. In Deutschland ist das wichtigste Instrument zu Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) das Spontanmeldesystem, dessen Erfolg und Wirksamkeit vor allem von der Mitarbeit der Ärztinnen und Ärzte abhängt, die Erfahrungen und Erkenntnisse im Umgang mit zugelassenen Arzneimitteln berichten, wenn diese den Verdacht einer UAW nahe legen. Solche Systeme sind aber grundsätzlich mit einem *underreporting* verbunden, weil Ärzten häufig die Information darüber fehlt, welche Fälle gemeldet werden sollen. Dabei gibt es auch einen wissenschaftstheoretischen Aspekt: Wenn unklar bleibt, welche Begleiterscheinungen einer Arzneimitteltherapie überhaupt als UAW auftreten können, wird diese Begleiterscheinung u. U. gar nicht als UAW identifiziert, sondern auf die individuelle Situation des Patienten zurückgeführt; schließlich kann man in der Regel nur erkennen, was man auch denken kann! Hinzu kommt, dass manche Ärzte die beobachteten UAW als geringfügig oder irrelevant betrachten oder, dass eine solche Meldung für sie selbst oder für andere disziplinarische Maßnahmen oder Rechtsstreitigkeiten auslösen könnten, auch mit dem Hersteller, der sie wegen einer ‚Falschbehauptung' zur Rechenschaft ziehen könnte. Darüber hinaus ist ihnen die Notwendigkeit bzw. die berufliche Verpflichtung, UAW zu melden, unbekannt. Erschwerend kommt hinzu, dass sie von den Behörden und den Pharmakovigilanzeinrichtungen nur selten ein Feedback bekommen, was die Motivation zur Meldung fördern könnte.

669. Das Spontanmeldesystem ist eingebettet in die Strategie der Pharmakovigilanz, die sich zum Ziel gesetzt hat, die klinische Entwicklung eines Arzneimittels ebenso wie die Anwendung im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit zu überwachen. Die Definition der Pharmakovigilanz der WHO bezieht sich auf das „Analysieren und Abwehren von Arzneimittelrisiken". Die Pharmakovigilanz bezieht nach der WHO „Aktivitäten, die zur Entdeckung, Beurteilung sowie zum Verständnis und zur Vorbeugung von unerwünschten Wirkungen oder anderen Problemen in Verbindung mit Arzneimitteln dienen" mit ein und berücksichtigt „auch Risikomanagement, Vorbeugung von Therapiefehlern, Vermittlung von Arzneimittelinformationen und Förderung der rationalen Therapie mit Arzneimitteln" (ISDB 2005: 28).

Die Pharmakovigilanz nach der WHO-Definition geht damit über die ‚reine' Forschung zur Entdeckung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) hinaus und berücksichtigt auch unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit der Anwendung eines Arzneimittels (UAE) (*adverse drug events, ADE*). Die UAW (*adverse drug reaction* oder *adverse drug effect*) ist damit definiert als „Reaktion auf ein Arzneimittel, die schädlich oder unbeabsichtigt ist und die unter normalen Dosierungen auftreten, die zur Prophylaxe, Diagnose oder Therapie von Erkrankungen oder zur Beeinflussung physiologischer Funktionen üblich sind. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Arzneimittelanwendung und dem Ereignis erscheint zumindest möglich. Es ist auch zu berücksichtigen, dass eine UAW Folge von beabsichtigter oder zufälliger Überdosierung, von Arzneimittelmissbrauch oder von Fehlverordnungen, Falschanwendungen oder von mangelnder Compliance sein kann" (ISDB 2005: 28).

670. Der UAW-Begriff im Rahmen der Pharmakovigilanz ist auch im Arzneimittelgesetz (AMG) § 62 definiert. Dort heißt es mit Bezug auf die Aufgabe der Bundesoberbehörde Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): „Die zuständige Bundesoberbehörde hat zur Verhütung einer unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit von Mensch und Tier die bei der Anwendung von Arzneimitteln auftretenden Risiken, insbesondere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Verfälschungen zentral … zu erfassen, auszuwerten und die nach diesem Gesetz zu treffenden Maßnahmen zu koordinieren." Zu den hier angesprochenen Arzneimittelrisiken gehören nach dem Risikoabwehrplan, dem sog. Stufenplan nach § 63 AMG Hinweise aus den Bereichen Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Gegenanzeigen, Resistenzbildungen, Missbrauch und Fehlgebrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit, Mängel der Qualität, Mängel der Behältnisse und der äußeren Umhüllungen, Mängel der Kennzeichnung und der Packungsbeilage, Arzneimittelfälschungen und einige andere mehr.

671. Ein unerwünschtes Arzneimittelereignis (UAE, *adverse drug event*) ist damit jedes ungünstige medizinische Ereignis, das in Verbindung mit der Anwendung eines Arzneimittels auftritt, aber nicht notwendigerweise in kausaler Beziehung mit dieser Behandlung steht.

Kurz gefasst würde die Unterscheidung darauf zielen, dass UAW vor allem bei bestimmungsgemäßem Gebrauch auftreten und UE Ereignisse mit negativem Outcome im Zusammenhang mit der Anwendung eines Arzneimittels sind, also auch Medikationsfehler z. B. in der Applikation umfassen. Hierzu können Verschreibungs- und Abgabefehler, therapeutische Fehlschläge oder auch Noncompliance gehören. Es wurde auch kürzlich eine neuere Definition der UAW vorgeschlagen, die da lautet: „Eine nennenswert schädliche oder unangenehme Reaktion, die durch den Gebrauch eines Arzneimittels hervorgerufen wird, und die auf eine Gefahr durch zukünftigen Gebrauch weist, welche Prävention, eine spezielle Therapie, eine Änderung des Dosierungsschemas oder ein Absetzen des Präparates erforderlich macht" (Edwards/Aronson 2000: 1216).

672. In einer Hierarchisierung der Begriffe wäre die umfassendste Kategorie damit das unerwünschte Arzneimittelereignis (UAE), während die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW; ADR) und die Medikationsfehler (*medication error*, ME) auf der zweiten Ebene gleichberechtigt nebeneinander stehen.

Exkurs: Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE)

- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)
  - Physiologische Dosierung
    Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei bestimmungsgemäßen Gebrauch (z. B. Rhabdomyolysen nach der Einnahme von CSE-Hemmern zur Cholesterinsenkung)
  - Unphysiologische Dosierung
    Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch (z. B. Analgetika-Nephropathie nach zu hoch dosierten oder zu lange angewendeten Schmerzmittelkombinationen mit Phenacetin)
- Medikationsfehler (MF)
  - Verordnung
    Verwechslung von Arzneimittelnamen
  - Übertragung
    Dokumentationsfehler beim Eintrag der Arzneimittelverordnung in die Krankenakten oder bei der Abschrift der Krankenhausentlassungsmedikation
  - Distribution
    Fehlerhafte Abgabe in der Apotheke, statt Gukokortikoid-haltige Mittel mit 0,5 mg Abgabe von Mittel mit 5,0 mg
  - Applikation
    Fehler im Applikationsweg, statt intravenös z. B. intrathekal

Für alle Medikationsfehler werden im Folgenden Beispiele angegeben.

673. Es wird derzeit darüber nachgedacht, ob der UAW-Begriff nach dem AMG um diese Aspekte erweitert werden sollte. Hierfür gibt es möglicherweise auch gute Gründe, da die genannten Reaktionen wie die typischen UAW im Zusammenhang mit einer Arzneimittelanwendung auftreten und daher die vorhandenen Instrumente der Pharmakovigilanz mitgenutzt werden könnten, eine trennscharfe Abgrenzung zwischen den genannten UE und den typischen UAW ohnehin schwer oder gar nicht möglich ist und dass mit dem typischen UAW-Begriff der Arzneimittelanwendungsalltag nur ungenügend abgebildet wird. Wenn dies auch unter Aspekten der Patientensicherheit als eine wichtige, ja geradezu unerlässliche Erweiterung betrachtet wird, so gibt es doch systematische Gründe gegen eine solche Erweiterung des Pharmakovigilanz-Begriffes unter den Aspekten des AMG: Die Zielsetzung der Pharmakovigilanz ist die Sicherheit des Produkts Arzneimittel, im Mittelpunkt der UE und der Diskussion über Medikationsfehler steht dagegen die Behandlungssicherheit, beides zu verbinden muss daher unter Aspekten der anzuwendenden Methoden und Instrumente gefördert werden. Konkret bedeutet dies auch für die Arzneimittelanwendung, dass die produktbezogene Pharmakovigilanzinformation (UAW) und anwendungsbezogene Behandlungspharmakovigilanz (UE) sich mit dem Ziel der verbesserten Patientensicherheit ergänzen müssen. Die Produktsicherheit wird durch das AMG (Arzneimittelsicherheitsrecht (öffentliches Recht); AMG) geregelt, die Anwendungssicherheit durch das Haftungsrecht (Zivilrecht; BGB). Schon daran ist erkennbar, dass mit diesen unterschiedlichen Begriffen auch zwei Rechtsgebiete mit ganz unterschiedlichen juristischen Anforderungen angesprochen werden (Fries/Hart 2006). Zur Produktsicherheit gehört auch die *look a like* Problematik, die oftmals gleichermaßen zu unerwünschten Wirkungen (UAW) (z. B. durch eine zu hoch gewählte Dosierung, die eigentlich für ein gleich aussehendes anderes Produkt richtig gewesen wäre) als auch zu Medikationsfehlern (MF) führen kann (durch die Gabe des nur scheinbar richtigen Arzneimittels). An diesem Beispiel ist aber auch erkennbar, dass eine systematische trennscharfe Unterscheidung von Ursachen und eine Kategorisierung von UAWs und MF kaum möglich sein wird.

674. Nun sind die Diskussionen über die Produktsicherheit schon länger Bestandteil der Strategien zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, die schon oben erwähnten Beispiele allseits bekannter und auch in den Medien aufgerollter ‚Arzneimittelskandale' haben dazu nicht unwesentlich beigetragen. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei ca. 5 % der medikamentös behandelten Patienten UAW auftreten und dass bei etwa 3-6 % aller Patienten, die auf internistische Stationen aufgenommen werden, eine UAW-Ursache für diese Aufnahme ist, die allerdings oftmals von den behandelnden Ärzten nicht als solche identifiziert wird. Etwa 40% dieser UAW werden als vermeidbar eingestuft (Thürmann/Schmitt 1998; Schneeweiss et al. 2002; Göttler et al. 1997; Moore et al. 1998).

Eine der wichtigsten Untersuchungen in diesem Bereich stammt von Lazarou et al. (1998), allerdings wurde diese Arbeit nach der Publikation häufig wegen angeblicher methodischer Mängel kritisiert. Auf der Basis einer Metaanalyse von 39 prospektiv durchgeführten Studien wurde kalkuliert, dass in den USA im Jahre 1994 etwa 100 000 Todesfälle durch UAWs verursacht sein könnten. Danach waren Arzneimittelnebenwirkungen im Untersuchungsjahr die sechsthäufigste Todesursache. Die Häufigkeit von UAWs, die zu Krankenhausaufnahmen führten, betrug 6,7% und die Inzidenz von tödlichen UAWs 0,3%.

Für Europa sind nur wenige Studien publiziert worden. Im Jahre 2004 wurde in Großbritannien eine Studie publiziert, in der alle UAWs dokumentiert wurden, die zu einer Krankenhausaufnahme führten (Pirmohamed et al. 2004). Die Aufnahmen wurden von einem Expertenpanel bewertet. 18 820 Aufnahmen wurden registriert, 1 225 (6,5 %, 95 % CI 6,2 % bis 6,9 %) wurden als UAW-bedingt bewertet. Die Patienten waren älter als Patienten ohne UAW (76 zu 66 Jahren im Median), es wurden häufiger Frauen UAW-bedingt eingewiesen. 95 % der UAW wurden als Typ A nach Rawlings und Thompson[226] bewertet, 73 % der UAW wurden als vermeidbar eingestuft. 2,3 % der Patienten verstarben als direkte Auswirkung der UAW. Unerwünschte Wirkungen waren somit für den Tod von 0,15 % der hospitalisierten Patienten verantwortlich (0,1 bis 0,2 %). Diese Häufigkeit stimmt relativ gut mit den Angaben von Lazarou et al. überein. Auch der Anteil der 5 % UAW-bedingten Krankenhausaufnahmen findet sich in vielen Studien wieder.

Die Zahl der tödlichen UAWs wurden von 1993 bis 1995 auf der Basis der klinischen Daten und Autopsieberichte ermittelt (Bouajoerdet et al. 2001). Dabei wurden von 732 Todesfällen 133 (18,17 %) als UAW-bedingt klassifiziert. Unter 14 000 stationär behandelten Patienten betrug die Rate tödlicher Nebenwirkungen etwa 0,1 % und war somit dreifach höher als die von Lazarou veröffentlichten Werte. Nach Ansicht der Autoren waren folgende Arzneimittel besonders auffällig bezüglich tödlich verlaufender UAWs: Beta-2-Agonisten, Theophyllin, Kalziumblocker (vor allem Verapamil) oder Aspirin und Warfarin. Die Nebenwirkungen, die zum Tode führten, waren vor allem Hypotension, Vasodilatation, Herzversagen, Dysrhythmien, Myocardischämie, Dehydratation, Nierenversagen, Alveolitis, Bronchoobstruktion sowie Digitoxin-Überdosierung.

49,6 % (66/133) der tödlichen UAWs wurden aufgrund inkorrekter Anwendung der Arzneimittel bewertet, Überdosierungen wurden in 56 Fällen durch die Blutuntersuchung festgestellt.

[226] Typ-A-Reaktionen sind in der Regel vorhersehbar und können als eine zu starke Ausprägung eines bekannten pharmakologischen Effekts der jeweiligen Substanz verstanden werden. Im Gegensatz dazu stehen Typ-B-Reaktionen, die nicht vorhersehbar sind und als idiosynkratisch bezeichnet werden, was z. B. eine angeborene Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe oder Reize meint.

Im Rahmen eines Modellprojektes des BfArM zur Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen wurde die Inzidenz unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die zur Krankenhausaufnahme führten, im Durchschnitt mit 3 % ermittelt. In einzelnen Zentren lag sie auch bei 5 %, so dass eine gute Übereinstimmung mit den Literaturdaten gefunden wurde. 25 % der UAW entfielen auf Interaktionen. In diesem Bericht wurde auch auf die Nützlichkeit von Pharmakovigilanzzentren (regionale Zentren zur Bewertung der Ursachen für Krankenhausaufnahmen, vor allem im Hinblick auf UAW oder Interaktionen nach Arzneimitteleinnahme) und der Nutzung von Verordnungsdaten (Routinedaten der Krankenkassen) hingewiesen (siehe auch GA 2005, Ziffer 896ff.).

Neben der Belastung für die Patienten durch UAW ist auch die ökonomische Belastung für das Versorgungssystem erheblich: Für die USA liegen Schätzungen aus einem 700-Betten Lehrkrankenhaus vor, in dem die jährlichen Behandlungskosten für UAW auf 5,6 Mio. US-Dollar geschätzt wurden, davon entfallen 2,8 Mio. US-Dollar auf vermeidbare UAW (Bates et al. 1997). Eine weitere Untersuchung gibt die Kosten zur Behandlung von UAW im Krankenhaus mit 5-9 % der Gesamtkrankenhauskosten an (Moore et al 1998). Für Deutschland wurden die Kosten für UAW-induzierte Krankenhausbehandlungen auf 350 bis 400 Mio. € jährlich geschätzt. (Schneeweiss et al. 2002; Göttler et al. 1997).

675. Eine besondere Form von unerwünschten Wirkungen: Missbrauch und Abhängigkeit

In den Aufzählungen problematischer Präparate fehlt meist ein Aspekt völlig, nämlich der von Abhängigkeit induzierenden Arzneimitteln. Wenn über Arzneimittelsicherheit und unerwünschte Wirkungen einer Arzneimitteltherapie diskutiert wird, kann dieser Problembereich nicht ausgeklammert werden. Die Inzidenzen ergeben sich hier aus der Anzahl von dokumentierten Arzneimittelabhängigkeiten in Beziehung zu der Größenordnung der Vermarktung der jeweiligen Mittel. Für die Benzodiazepin-Derivate enthaltenden Arzneimittel des Typs Lexotanil®, Tavor®, Valium® u. a. konnte so in einer Pilotuntersuchung ein sog. Abhängigkeitspotential bestimmt werden. Hohe Werte deuteten darauf hin, dass in Relation zur Marktposition des jeweiligen Mittels unerwartet hohe Abhängigkeits-Häufigkeiten festgestellt werden konnten: Als besonders auffällig zeigten sich aufgrund dieser Überlegungen Lorazepam (Tavor®), Dikaliumclorazepat (Tranxilium®), Clobazam (Frisium®), Chlordiazepoxid in der Kombination Limbatril® und auch Diazepam (z. B. in Valium®). Neben diesen Benzodiazepin-Derivaten waren weiterhin alle Psychostimulantien (z. B. Captagon® und AN 1®) sowie vor allem Clomethiazol (Distraneurin®) auffällig. Das BfArM hat zumindest begonnen, die Hinweise ernst zu nehmen und hat Einschränkungen der Verfügbarkeit z. B. bei Lormetazepam (z. B. Rohypnol®) verfügt. Die 2 mg Dosierung, die besonders häufig auch von Drogenabhängigen im Rahmen eines Beikonsums genutzt wurde, darf im Gegensatz zur Dosierung mit 1 mg nur noch auf Betäubungsmittelrezept verordnet werden. Solche ‚Barrieren' im Zugang können präventiv wirken, wenn dem Missbrauch und dem Auftreten der UAW ‚Abhängigkeit' entgegengewirkt werden soll (Glaeske 1992; Glaeske 2007).

676. Während die Instrumente und Projekte zur UAW-Entdeckung und Bewertung zumindest eingeführt, wenn auch noch optimierungsbedürftig sind, sind die Strategien zur Erforschung von Art, Häufigkeit und Auswirkungen von Medikationsfehlern (MF) im weitesten Sinne erst in den Anfängen, ganz im Unterschied zu den USA. Nach den angelsächsischen Definitionen ist ein Medikationsfehler „*… any error in the process of prescribing, dispensing, oder administering a drug*" (Bates et al. 1995a: 30; Kaushal et al. 2001: 2115). Eine andere Definition lautet: „*A medication error is an error occuring at any stage in the process of delivering a medication whether there are adverse consequences or not*" (van den Bemt et al. 2000: 63). Und eine dritte Variante: „*A medication error is any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm, while the medication is in the control of the health care professional or consumer. Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems including prescribing; order communication; product labelling, packaging, and nomenclature; compounding; dispensing, distribution; administration; education, monitoring; and use*" (NCC MERP 2007).

Als Medikationsfehler werden in der Regel vermeidbare Fehler bei der Anwendung von Arzneimitteln bezeichnet, die auf dem gesamten Weg von der Verordnung bis zur Anwendung entstehen können. Zu diesen Medikationsfehlern gehören z. B. fehlerhafte Dosierungen, Kommunikationsfehler oder unzutreffende Bezeichnungen und Beschriftungen des Arzneimittels. Es gibt viele Medikationsfehler, die zwar vorkommen, letztlich aber den Patienten nicht schaden (Bates 1996). Es können den Medikationsfehlern aber auch vermeidbare Schäden und Todesfälle folgen (Schnurrer/Frölich 2003; Executive Summary 2003).

5.2.4.2 Unerwünschte Arzneimittelereignisse und Medikationsfehler

677. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass etwa 13 % der ambulanten Patienten ernsthafte UAE erleiden (Bates/Gawande 2003), dass etwa 0,1 % der stationären Patienten an UAE sterben, davon mindestens 18 % an sicher vermeidbaren Medikationsfehlern (Ebbesen et al. 2001; 8 000 bis 28 000 Todesfälle in Deutschland durch vermeidbare Medikationsfehler oder unerwünschte Arzneimittelereignsse in der Klinik (Schurrer/Frölich 2003)) und dass bei der Zubereitung parenteraler Arzneimittel bei 1 % der Zubereitungen Fehler mit potentiell ernsthaften Folgen auftreten, bei 29 % mit potentiell moderaten Folgen (Taxis/Barber 2003a). Am ehesten werden Medikationsfehler in Deutschland in Krankenhäusern untersucht, vor allem auf Initiative der Krankenhausapotheker. Dabei gibt es aufgrund erster Studien in Deutschland keinen Zweifel daran, dass die international diskutierten Medikationsfehler auch bei uns auftreten. Eine im November 2004 vorgelegte Untersuchung ergab, dass in

deutschen Krankenhäusern die Fehlerrate bei der oralen Arzneimitteltherapie zwischen 0,2 % und 5,1 % liegt. Nach einer internationalen Studie betrug die Fehlerrate bei der Zubereitung und intravenöser Verabreichung von Arzneimitteln sogar bis zu 48 %, ohne dass hieraus zwangsläufig ein Schaden für den Patienten entstand. Noch problematischer wird die Fehlerquote im Bereich der Beschriftung von Arzneimitteln und bei der Anwendung von Desinfektionstechniken: In bis zu 90 % aller Fälle sind Mängel zu beklagen (Taxis/Wild 2004; Taxis/Barber 2003b.). Die Häufigkeiten sind im internationalen Vergleich gar nicht so unterschiedlich: So wurden auf 10 Stationen von zwei britischen Krankenhäusern ebenfalls die Fehler bei der Zubereitung und Verabreichung von intravenösen Arzneimitteln an 6-10 aufeinander folgenden Tagen erfasst – insgesamt ging es um 1 042 intravenöse Arzneimitteldosen für 106 Patienten. Fast die Hälfte der intravenös verabreichten Arzneimittel war fehlerhaft. Zubereitungsfehler traten bei 32 Dosen auf (7 %), Verabreichungsfehler bei 155 Dosen (36 %) und beide Fehlerraten bei 25 Dosen (6 %). In ungefähr einem Drittel der Fälle waren die Fehler potentiell schädlich für die Patienten. Die häufigsten Fehler waren die zu schnelle Verabreichung von Injektionen und Fehler bei mehrstufigen Zubereitungen.

Studien zur Häufigkeit von Verordnungsfehlern in Deutschland sind aber bislang noch selten, dabei deuten Einzelfälle das Problem bereits an: So kam es in einer Klinik versehentlich zu einer täglichen, statt zu einer wöchentlichen Einnahme von Methotrexat-Tabletten bei der Indikation rheumatoide Arthritis. Der Patient starb an den Folgen der täglichen Gabe – ob das Mittel falsch gegeben oder verordnet wurde, ist unklar geblieben. Ein anderer Fall: Das Krebsmittel Vincristin darf ausschließlich intravenös angewendet werden. Eine versehentliche intrathekale Gabe (Applikation in den Rückenmarkskanal) ist lebensbedrohlich – dennoch wurde sie angewendet. Es ist denkbar, dass eine undeutliche Angabe bezüglich der Applikation diesen Fehler nach sich zog. Allerdings ist in Leukämie-Protokollen oftmals die gleichzeitige Gabe von intrathekaler Chemotherapie (Methotrexat und Cytarabin) und Vincristin intravenös vorgesehen, daher kommen solche Applikationsfehler bei Vincristin immer wieder vor.

Diese Ausführungen zeigen, dass die Häufigkeitsangaben über unerwünschte Ereignisse, vermeidbare unerwünschte Ereignisse und Todesfälle, die vom Aktionsbündnis Patientensicherheit in den Agenden Patientensicherheit 2006 und 2007 veröffentlicht wurden (Schrappe et al. 2006; Schrappe et al. 2007), und alle Arten von Ereignissen – also nicht nur die arzneimittelbedingten unerwünschten Ereignisse – umfassen, die Problematik nicht überschätzen (s. Abschnitt 5.2.1.2).

678. Vor allem die Krankenhausapotheker haben sich in den letzten Jahren dieses ‚Fehlerproblems‘ angenommen und versuchen, Kollegen für diese Problematik zu sensibilisieren (Heinzl 2005).

Exkurs: Weitere Fallbeispiele, die von Krankenhausapothekern zusammengetragen wurden (Müller 2006):

- Verwechslung bei der Zubereitung von Antibiotika
  Bei der Zubereitung einer Antibiotika-Infusion wurde anstelle von Natriumchlorid 0,9 % eine 1-molare Kaliumchlorid-Lösung eingesetzt. Die Patientin verstarb an den Folgen eine Hyperkaliämie
  Empfehlung: Kalium-/Calcium- und andere Konzentrate unbedingt getrennt von Trägerlösungen lagern.
- Verwechslung bei der Herstellung von Mischinfusionen
  Bei der Zubereitung von Mischlösungen zur totalen parenteralen Ernährung wurden die Flaschen mit den Konzentraten Glucose und Calciumchlorid verwechselt. Erwachsene Patienten überlebten die Infusion, zwei Frühgeborene verstarben an schweren hypoglykämischen Hirnschäden.
- Verwechslung ähnlicher Flaschen
  Ein Patient erhielt zur Vorbereitung einer Koloskopie eine ähnlich aussehende Flasche Chloralhydrat-Sirup anstelle von Glaubersalz-Lösung, die er, wie angewiesen, vollständig einnahm. Er wurde aufgrund der hohen Überdosierung von Chloralhydrat intensivpflichtig.
- Bolusgabe eines Depot-Arzneimittels
  Ein Arzt bereitete eine Spritze mit einem Opiat zur Nachfüllung einer Schmerzmittelpumpe vor und beschriftete die Spritze mit Patientenname, Arzneistoffname und -menge. Unmittelbar darauf ging ein Assistenzarzt über die Station zur Applikation parenteraler Arzneimittel, sah die vorbereitete Spritze und applizierte die Gesamtdosis in Unkenntnis des Depots als Bolus intravenös. Der Patient musste mit Opiat-Antagonisten behandelt werden.
- Nichtbeachtung der bestehenden Medikation
  Ein Patient erhielt zur Thromboseprophylaxe ein niedermolekulares Heparin, das er sich ambulant selbst spritzt. Er wurde mit Anzeichen eines akuten Myokardinfarkts in eine Notfalleinheit aufgenommen und erhielt hier zusätzlich Acetylsalicylsäure, Heparin intravenös und ein Fibrinolytikum. Er verstarb kurz darauf an einer intrakraniellen Blutung. Niedermolekulare Heparine, häufig von ambulanten Pflegediensten, von Angehörigen oder vom Patienten selbst appliziert, werden bei der Arzneimittelanamnese leicht übersehen, mit schwerwiegenden Konsequenzen.

- Schreibfehler bei der Dosierung
  Ein Frühgeborenes erhielt 1 mg/kg Pancuronium anstelle 0,1 mg Pancuronium und musste daraufhin zwei Tage künstlich beatmet werden.
- Falsche Interpretation einer Dosierungsanweisung
  Eine Patientin erhielt aufgrund einer Therapieanweisung Cyclophosphamid d 1-4 4g/qm Körperoberfläche täglich 4 g/qm und nicht 1 g/qm, sie starb an den Nebenwirkungen der Überdosierung (Betsy-Lehmann-Case)
  Anmerkung: Achtung bei der Angabe der kumulativen Gesamtdosis einer Therapie.
- Hygienefehler bei der Arzneimittelgabe
  Eine radiologische Krankenhausambulanz setzte Röntgenkontrastmittel zur Wirbelsäulendiagnostik ein und verwendete Anbrüche des Arzneimittels über mehrere (bis zu acht) Tagen. Zwei Patienten verstarben an einer bakteriellen Meningitis, die aufgrund Kontamination des Kontrastmittels mit Pseudomonas aeruginosa verursacht wurde. Zahlreiche wietere Patienten mussten zur vorsorglichen Diagnostik telefonisch informiert und einbestellt werden.
  Anmerkung: Vorschriften zur aseptischen Arbeitsweise und zur Verwendung von Anbrüchen unbedingt einhalten, auf Konservierung oder Nichtkonservierung achten.

679. Zur Identifikation und Bearbeitung von Medikationsfehlern hat z. B. das Universitätsklinikum Rostock wie manche andere Kliniken ein klinikweites System zur anonymen Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen CIRS (Critical Incident Reporting System) implementiert, das als Ziel nennt, aus Fehlern zu lernen und „nicht etwa ‚Schuldige‘ zu identifizieren. Nur wenn wir Kenntnisse von Beinahe-Zwischenfällen bekommen, können wir ihre Ursachen analysieren und Maßnahmen ergreifen, die verhindern sollen, dass es zur Schädigung unserer Patienten, unserer Mitarbeiter oder unseres Klinikums kommt“ (Conen et al. 2006: Folie 15).

Es gibt bestimmte Regeln, die bezüglich der jeweiligen Problemfelder eingehalten werden sollten (orientiert an Müller 2006):

- Medikamentenart:

  Handelt es sich um ein Medikament mit geringer therapeutischer Breite oder um ein Medikament mit großer toxischer Wirkung? Neben der Berücksichtigung dieses Problembereichs sollte es eine einheitliche Nomenklatur von Verordnungen auch bei Personal- bzw. Therapiewechsel geben.
- Kenntnis der Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen, die häufiger als andere mit Medikationsfehlern assoziiert sind:

  Gerinnungshemmer (Heparin, niedermolekulare Heparine, orale Vitamin-K-Antagonisten, hochwirksame Schmerzmittel (Morphine), Insuline und orale Antidiabetika, Kaliumchlorid, Calcium-Konzentrat, Arzneimittel mit ungewöhnlichem Dosierungsintervall wie z. B. Methotrexat oral (wöchentliche Gabe), Depot-Arzneimittel, Zytostatika, Chemotherapeutika.
- Rechenfehler:

  Wäre der Rechenfehler durch den Einsatz von Dosierungstabellen vermeidbar? Gibt es zu diesem Medikament solche Tabellen/Berechnungshilfen? Empfehlung: Dosisberechnung nach Körpergewicht, Körperoberfläche, Nierenfunktion und anderen variablen und individuellen Größen
- Sicherheitsmaßnahmen:

  z. B. ‚Vier-Augen-Prinzip‘ (*check and double check*: Gibt es einen institutionalisierten Kontrollmechanismus, insbesondere vor der Applikation hoch wirksamer Medikament? Denkbar: Festlegung autorisierter Personen für spezielle risikoreiche Prozeduren
- Andere Kategorien:

  Insbesondere im Hinblick auf Stress und Müdigkeit sollten Arbeitszeiten von unter 12 Stunden angestrebt werden, weil es unter Arbeitsüberlastung rascher zum Verstoß gegen Standards kommen kann. Ebenfalls könnte fehlende Supervision im Bereich der Organisation zu einer steigenden Häufigkeit von Beinahefehlern beitragen.

Insgesamt muss ein offener Umgang mit Fehlern eingeübt und Besprechungen von Fehlern oder Beinahefehlern im Team stattfinden. Lösungsansätze sollten über eine Vertrauensperson kommuniziert werden, die auch anonym Hinweise zu Fehlern oder Beinahefehlern annimmt und in den Diskussionsprozess ‚einspeist‘. Die Analyse von Medikationsfehlern macht es möglich, die Risiken von Arzneimitteln im Zusammenhang mit ihrer Anwendung abzuschätzen, z. B. Risiken durch Überdosierungen bei geringer therapeutischer Breite oder bei verringerter Nierentätigkeit (z. B. bei älteren Menschen) oder durch Non-Compliance bei schlechter Verträglichkeit (Thürmann 2001). Um die Häufigkeit von Medikationsfehlern zu verringern, sollten klinische Pharmakologen und klinische Pharmazeuten in die pharmakotherapeutischen Entscheidungen eingebunden oder EDV-gestützte Verordnungssysteme zur Unterstützung herangezogen werden (Leape et al. 2002) Voraussetzung bei allen Konsultationen ist jedoch, dass die gesamte ‚Medikationshistorie‘ vorliegt und

im Zusammenhang mit der anstehenden Medikationsentscheidung beurteilt werden kann.

680. Wenn auch die Diskussion über Medikationsfehler im Krankenhausbereich begonnen hat, so sind auch in der ambulanten Versorgung Medikationsfehler an der Tagesordnung:

– Applikationsprobleme: Parenterale Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika Da weder aus pharmakokinetischen Gründen noch aus Gründen der Wirksamkeit eine i. m. Applikation von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) notwendig ist (beide Applikationsformen wirken nach etwa 20 Minuten), können alle möglichen Probleme (Infektion, lokale Gewebsschädigung, 100fach erhöhtes Risiko eines anaphylaktischen Schocks), die aufgrund einer solchen Applikation möglich sind, vermieden werden. Daher kann die Applikationshäufigkeit einer NSAR in parenteraler Form als Indikator für die Patientensicherheit herangezogen werden (AKB 2002).

– Pharmakokinetische Probleme: Anwendung von lang wirkenden Benzodiazepinen Noch immer werden bei älteren Patienten lang wirkende Benzodiazepin-Hypnotika angewendet (z. B. Nitrazepam, Flunitrazeam, Flurazepam). Mit diesen Mitteln können verstärkt Hang-over-Effekte auftreten, die die Sturzneigung am Folgetag fördern und zu schlecht heilenden Brüchen (z. B. am Oberschenkelhals) führen können. Die Häufigkeit der Verordnung solcher lang wirkender Arzneimittel kann daher als Indikator für die Patientensicherheit herangezogen werden. (Hoffmann/Glaeske 2006; Glaeske/Janhsen 2006).

– Interaktionsprobleme: Amiodaron und Schilddrüsenhormone und andere

  Es ist bekannt, dass der jodhaltige Wirkstoff Amiodaron (38 % molekular gebundenes Jod), der bei älteren Menschen oftmals als Antiarrhythmikum eingesetzt wird, zusammen mit Thyroxin-haltigen Mitteln zu einer Hyperthyreose führen kann. Daher kann die Häufigkeit dieser, aber auch anderer einschlägiger Interaktionen als Indikator für die Patientensicherheit herangezogen werden, z. B. Laxanzien und herzwirksame Digitalisglykoside (wegen des Kaliumverlustes durch die Laxanzien kann es zur Digitalisintoxikation kommen), ACE-Hemmer und Kalium-sparende Diuretika (wegen der leicht ansteigenden Wirkung des ACE-Hemmers auf den Kaliumspiegel kommt es zusammen mit den genannten Diuretika zu einer Hyperkaliämie), die gleichzeitige Anwendung von Johanniskraut-haltigen Antidepressiva und Kontrazeptiva (‚Pille‘) kann zu einer Verringerung der zuverlässigen Verhütung führen.

– Herstellungsprobleme: Rezepturen in Apotheken

  Apotheken haben in der Zwischenzeit eine Reihe von internen Strategien entwickelt, um die Qualität ihrer unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen der Distribution, Herstellung, Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln zu überprüfen. Dies ist sicherlich eine richtige Entscheidung der Apotheker, um die Qualitätsanforderungen im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu definieren und alle Beteiligten zu motivieren, den Wettbewerb um Qualität und Effizienz zur Darstellung ihrer Rolle in der arbeitsteiligen Medizin zu nutzen. Im Rahmen solcher Qualitätssicherungsstrategien wurden kostenpflichtige (150 €) und angekündigte Ringversuche zur Untersuchung individuell verordneter Rezepturen (z. B. dermatologisch anzuwendende Mittel) untersucht. Im Ergebnis wurden erhebliche Defizite festgestellt. Bundesweit wurde in einem dieser Ringversuche 18,9 % der beteiligten Apotheken das Zertifikat verweigert (von 566 Apotheken immerhin 107). Diese Apotheken hatten fehlerhafte Rezepturen hergestellt, es gab Fehler im Hinblick auf Über- oder Unterdosierung des zuzusetzenden Wirkstoffs (z. B. Betamethasonvalerat 0,05 %), so dass entweder unerwünschte Wirkungen durch Überdosierung oder eine nicht ausreichende Wirksamkeit bei Unterdosierung möglich sind. Eine möglichst geringe Quote von Rezepturfehlern kann daher als Indikator für Patientensicherheit herangezogen werden.) (Apothekerkammer Bremen 2006).

– Informationsprobleme: Defizite in der Aufklärung und Beratung

  Studien zur Beratungsqualität in Apotheken (Präsenzapotheken, Versandapotheken) im Rahmen von ‚Pseudo-Customer-Projekten‘ machten in unterschiedlicher Weise Defizite offensichtlich. So wurden in etwa 20 % aller Apotheken nur mangelhafte Informationen über das jeweilige Arzneimittel, über die Dosierung, über mögliche Interaktionen oder über die richtige Anwendung gegeben (z. B. Pressemitteilung der Apothekerkammer Nordrhein vom 16. Juni 2005). So wurde z. B. nicht immer darauf hingewiesen, dass Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose nicht zusammen mit Calcium- oder Magnesium-haltigen Mitteln (auch Nahrungsmitteln wie Milch und Milchprodukte oder Mineralwässer) eingenommen werden dürfen, weil die Bisphosphonate dann in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt sind. Auch die bereits oben erwähnte Interaktion Johanniskraut und ‚Pille‘ wird zu selten erwähnt. Es fehlten auch Hinweise über die Wechselwirkungen von vielen Psychopharmaka oder einigen Antihypertensiva mit alkoholhaltigen Arzneimitteln (Klosterfrau Melissengeist oder Wick-Medinait), durch die eine Wirkungssteigerung der Psychopharmaka und Antihypertensiva zu erwarten ist. Spezielle Informationsprobleme ergeben sich auch im Hinblick auf eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Pharmakokinetik oder -dynamik. So sind die Blutspiegel bestimmter Beta-Rezeptorenblocker, die auch als Migräneprophylaxe angewendet werden, nach der Einnahme der gleichen Dosierung bei Frauen bis zu 80 % höher als bei Männern. Dies kann sowohl eine Verstärkung der Wirkung als auch der unerwünschten Wirkungen bei Frauen nach sich ziehen. Die kontinuierliche Überprüfung der Beratungsqualität von Apotheken an Hand typischer Arzneimittelprobleme wie Interaktionen oder Unsicherheiten in der

Anwendung ist daher ein wichtiger Indikator für die Patientensicherheit (Thürmann 2002; Thesing-Bleck 2003).

– Probleme in der Verordnung: Unklarheiten auf dem Rezept

  Die Apotheker haben während einer definierten Zeitspanne (Februar bis Mai 2005) jeweils eine Woche lang eine Untersuchung zur quantitativen und qualitativen Identifikation von Unklarheiten und falschen Angaben auf Rezepten durchgeführt (Griese et al. 2006). Beteiligt waren 1 146 Apotheken. In der Dokumentationswoche wurden jeweils rund 500 Rezepte pro Apotheke bearbeitet sowie etwa 1 600 verordnete Arzneimittel und Arzneimittel zur Selbstmedikation pro Apotheke abgegeben. Insgesamt wurden 10 427 arzneimittelbezogene Probleme (ABP) erfasst. ABP sind Ereignisse oder Umstände, die bei einer Arzneimitteltherapie auftreten und das Erreichen des Therapieziels verhindern können. Neun von zehn ABP betrafen verordnete Arzneimittel. Dabei ging es sowohl um Interaktionen (8,7 %) als auch um Handhabungsprobleme z. B. bei Asthmasprays (1,6 %). Daneben werden Doppelverordnungen von verschiedenen Ärzten oder Kontraindikationen aufgedeckt. Diese Aktionswoche in den Apotheken zeigt, dass die Intervention in Apotheken zur Patientensicherheit und zur Vermeidung von Medikationsfehlern beitragen kann, wenn die Arzneimittelverordnungen und -verkäufe kompetent und im Hinblick auf Interaktionen durch ein EDV-gestütztes System unterstützt und sorgfältig geprüft werden.

681. In der Summe bedeuten diese Hinweise, dass auf allen Ebenen des Umgangs mit Arzneimitteln Ursachen für Medikationsfehler liegen können, die zum großen Teil vermeidbar wären, wenn der Umgang mit Arzneimitteln von mehr Information und Sorgfalt begleitet wäre. Um den Grad der Probleme, den Umfang, die Auswirkungen und die Möglichkeiten der Vermeidung von Medikationsfehlern diskutieren zu können, ist eine Offenlegung und öffentliche Diskussion der ME wie im Bereich der UAW unverzichtbar (Sicherheitskultur). Dabei muss wie bei der Meldung von UAW gewährleistet sein, dass sich die Offenlegung von ME nicht gegen die beteiligten Akteure richtet, sondern dass ein neues Verständnis von Fehlerkommunikation zu einer Optimierung der Arzneimittelanwendung kommt. Dabei geht es um alle Stufen: Um die Herstellung, Distribution, Verordnung, Verkauf, Information, Beratung und Handhabung. Medikationsfehler weisen auf Probleme im Umgang mit Arzneimitteln hin, sie sind daher Signale für die Einleitung von Verbesserungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten, wo immer Arzneimittel zur Anwendung kommen, vor allem im stationären, aber auch im ambulanten Versorgungsbereich.

5.2.4.3 Möglichkeiten und Ansätze zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit

682. Es sollten große pharmakoepidemiologische Datenbanken eingerichtet werden, um eine kontinuierliche systematische Nebenwirkungsforschung durchführen zu können. Zulassungsstudien mit bis zu 3 000 Patienten bilden keine Basis für die Bestimmung von UAW-Risiken. Statistisch gesehen ist die Wahrscheinlichkeit, bei einer Exposition von 5 000 Patienten eine UAW mit einer wahren Inzidenz von 1 in 10 000 wenigsten einmal zu beobachten, kleiner als 40%, bei einer UAW mit einer Inzidenz von 1 in 100 000 sogar kleiner als 5 % (Garbe 1999). Spontanberichtssysteme sind durch ein *underreporting* gekennzeichnet, es fehlen in diesem System Daten zur Größenordnung der exponierten Patienten. Diese Systeme dienen aber als ‚Signalgenerator'. Diese UAW-Signale müssen dann aber in pharmakoepidemiologischen Datenbanken validiert werden (r*apid response*). Routinedaten der Kassen bilden nicht nur die Arzneimittelexposition ab, sondern bieten auch Daten zu Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich. Hieraus können Ergebnisse abgeleitet werden, die nach der Marktzulassung von Arzneimitteln sowohl dazu dienen können, Indikationen einzuschränken, Kontraindikationen zu erweitern, die Marktrücknahme eines Arzneimittels zu veranlassen oder die Sicherheit eines Arzneimittels zu unterstützen (Garbe/Müller-Oerlinghausen 1998). Im Ausland werden solche pharmakoepidemiologischen Datenbanken in der Zwischenzeit als unverzichtbar bewertet.

Mit solchen Datenbanken kann auch die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen zur Risikoabwehr evaluiert werden (z. B. die Kontraindikationen). Beispielsweise konnte in Routinedaten frühzeitig die erhöhte Häufigkeit von Rhabdomyolysen bei gleichzeitiger Gabe von Cerivastatin (Lipobay®) und Gemfibrozil oder das erhöhte Risiko von Cox-2-Inhibitoren erkannt werden.

683. Zusätzlich zu den pharmakoepidemiologischen Datenbanken müssen regional organisierte Pharmakovigilanzzentren die Risikosituation in der Arzneimitteltherapie erheben (z. B. im Rahmen von Studien bei der Krankenhausaufnahme). Hierdurch werden reale Probleme in der Versorgung erkannt und können unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus Untersuchungen auf der Basis von pharmakoepidemiologischen Datenbanken in ihrer Relevanz bewertet werden. Auf diese Weise können auch regionale und im europäischen Rahmen nationale Unterschiede erkannt werden, die zu einer Regulierung der Marktstruktur (z. B. Rücknahme der Mittel, Einschränkung der Indikationen usw.) oder zu Informationen für die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit im Prozess oder im Ergebnis der Pharmakotherapie führen kann. Dabei zeigen die europäischen Erfahrungen, dass ein und derselbe Sachverhalt in unterschiedlichen Ländern auch unterschiedlich bewertet wird – nicht immer ist das Niveau der Arzneimittelsicherheit und des Patientenschutzes identisch.

684. Es sind EDV-gestützte Systeme erforderlich, die auf der Ebene der Arzneimittelverordnung (ärztliche Praxis) und Arzneimittelabgabe (Apotheke) sensibel und aktuell auf Probleme der Interaktionen, der Dosierung (alters- und geschlechtsangepasst) und der Handhabung hinweisen. Medikationsfehler werden oftmals als ‚Eisbergphänomen' bezeichnet (Grandt 2005), weil nur wenige und auffällige unerwünschte Ereignisse (UE) so

frühzeitig erkannt werden, dass sie die Arzneimittelsicherheit nicht gefährden. Öffentlich geförderte Handlungsprogramme zur Verringerung schwerer Medikationsfehler (der Anteil vermeidbarer UAWs, die zur Krankenhauseinweisungen führen, betrug in einem Projekt in Erlangen 44%, der Anteil von UE in Krankenhäusern z. B. im Bereich der Infusionstherapien lag bei 40%) erhöhen die *awareness* für dieses Problem, Präventionsstrategien zur Vermeidung von UAWs und UEs können elektronisch Erfolg versprechend unterstützt werden.

685. Die elektronische Gesundheitskarte mit einem Speicherchip soll es auch möglich machen, am *point of sale* der Apotheke die verordneten Arzneimittel und die der Selbstmedikation zu erfassen und etwaige Interaktionen festzustellen. Der Bereich der Selbstmedikation mit Arzneimitteln weitet sich immer mehr aus – von allen 1,55 Mrd. verkauften Packungen entfielen 2006 bereits 700 Millionen auf selbst gekaufte Arzneimittel. Insbesondere Analgetika, Laxanzien und nicht rezeptpflichtige Psychopharmaka (z. B. Johanniskrautextrakt-haltige Antidepressiva) können vielfach schwere Interaktionen und UAWs auslösen, daher sind Auswertungssysteme erforderlich, die solche nicht-verschreibungspflichtigen Mittel mit einbeziehen.

686. Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) als Folge von Medikationsfehlern werden vor allem in der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus aufgedeckt. Die systematische Analyse solcher Medikationsfehler kann zu einer Optimierung des Anwendungsprozesses von Arzneimitteln führen, indem z. B. die Kommunikation aller beteiligten Akteure, die Information über die Therapie, die Dosierung und Deklarierung der Arzneimittel und die Genauigkeit in der Anwendung verbessert wird. Ein Teil der beobachteten Medikationsfehler ist zukünftig vermeidbar, wenn Lehren aus den Analysen der Fehler gezogen werden. Dazu ist es notwendig, diese Fehler in einem vertrauenswürdigen Umfeld zu melden, auszuwerten und – ähnlich wie im Bereich der UAW – öffentlich zu machen (Sicherheitskultur), damit über Veränderungen im Umgang mit Arzneimitteln eine geeignete Strategie für mehr Patientensicherheit gefunden werden kann. Hier sind alle beteiligten Professionen, vor allem Ärzte, Apotheker und Angehörige der pflegerischen Berufe aufgefordert, ihre Kommunikation und Kooperation ganz in den Dienst einer verbesserten Arzneimittelsicherheit zu stellen.

687. Die Anwendung von EDV-gestützten Systemen zur Verbesserung der Therapiesicherheit könnten auch durch finanzielle und vertragliche Anreize gefördert werden. So sollten z. B. Arztpraxen der Apotheken, die solche Systeme überprüfbar nutzen und deren Verordnungen oder deren Arzneimittelverkäufe erkennbar seltener zu UAWs oder Interaktionen führen, in selektiven Verträgen bevorzugt werden, gleiches gilt für Krankenhäuser. Es ist nämlich unbestreitbar, dass die Verringerung von UAWs und Interaktionen nicht nur zu einer Verbesserung der Patientensicherheit, sondern auch zu einer Effizienzoptimierung in der Versorgung führt: Krankenhausbehandlungen und deren Kosten können jedenfalls zu einem bestimmten Anteil vermieden werden. Für Deutschland werden die Kosten für vermeidbare Krankenhausaufenthalte auf rund 350-400 Mio. € geschätzt, die Kosten für vermeidbare Kosten im Krankenhaus durch UE auf ca. 2-3 Mrd. € (ca. 5%).

688. Die Vereinbarung, Implementierung und Evaluation von Patientensicherheits-Indikatoren (PSI):

– Antibiotikaprophyalxe bei Hysterektomie

Unter der Überschrift: ‚Qualität sichtbar machen‘ hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) Indikatoren für die Krankenhausversorgung vereinbart, die die Möglichkeit für interne und externe Qualitätssicherungsvergleiche bieten und damit auch Ansätze für eine Optimierung der Versorgung bei erkannten Defiziten. Ein Indikator, der von Experten einvernehmlich verabschiedet und angewendet wird, ist die Häufigkeit der Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomien (Mohr et al. 2006). In der Begründung heißt es hierzu: „In der Gynäkologie stehen Wundinfektionen nach den Harnwegsinfektionen an der zweiten Stelle der Häufigkeit nosokomialer Infektionen. Wundinfektionen stellen eine hohe physische und psychische Belastung dar mit der zusätzlichen Folge sowohl direkter als auch indirekter Kosten“ (Mohr et al. 2006: 52). Nach den vorliegenden Studien können Wundinfektionen nach abdominaler Hysterektomie durch Antibiotikaprophylaxe signifikant um etwa 12 % reduziert werden. Auch bei einem vaginalen Zugang kann eine Reduktion der Wundinfektionsraten nachgewiesen werden (Mittendorf et al. 1993; Löfgren et al. 2004). Die Wirksamkeit der Antibiotikaprophylaxe ist in diesen, aber auch in anderen Studien belegt worden. Lediglich Patientinnen mit einer allergischen Reaktion auf Antibiotika in der Anamnese sollten von der Prophylaxe ausgenommen werden. Außerdem ist auch bei etwa 8 % der Patientinnen ein Blutdruckabfall aufgrund einer Anwendung von Cefalosporinen denkbar. Daher wurde der Referenzgrenzwert für den Qualitätsindikator auf 90% festgesetzt.

Im Berichtszeitraum des BQS-Berichtes 2005 wurden 130 655 der insgesamt 152 252 hysterektomierten Patientinnen mit einer Antibiotikaprophylaxe behandelt (85,8 %). Damit waren die Ergebnisse zwar besser als in den Vorjahren (2003: 80,8 %, 2004: 82 %), die Schwankungsbreite zwischen den 1 200 Krankenhäusern war jedoch beachtlich – sie lag zwischen 0 und 100 %. Insgesamt gab es 381 Krankenhäuser, deren Ergebnisse vom vorgegebenen Referenzwert abwichen. Ein Teil dieser Krankenhäuser mit hohen Abweichungen zum Referenzwert wurde im Hinblick auf eine notwendige Qualitätsoptimierung angeschrieben, in einigen fand ein strukturierter Dialog zu Verbesserung der dokumentierten Qualitätsdefizite statt.

Diese Anstrengungen der BQS zeigen, dass eine auf Transparenz und wissenschaftlicher Basis aufgebaute Struktur von Qualitätsindikatoren die Versorgung gezielt optimieren kann. Dieser Prozess mit seinen externen Vergleichen und dem Angebot eines strukturierten

Dialogs ist in der Zwischenzeit als Maßnahme der Qualitätssicherung und -optimierung bei den Beteiligten akzeptiert. Der Indikator ‚Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie, Referenzwert 90 %' ist daher ein Beispiel für die Wirksamkeit eines Patientensicherheits-Indikators, da mit seiner Hilfe die Belastung der Patientinnen durch postoperative Infektionen verringert werden kann.

In ähnlicher Weise sollten weitere ‚Indikatoren für den Arzneimittelbereich' zur Verringerung von unerwünschten Arzneimittelereignissen vereinbart werden. Zu solchen Indikatoren könnten gehören:

– Anzahl der aus Gründen einer UAW oder eines Medikationsfehlers in ein Krankenhaus eingewiesenen Patienten.

  Bereits weiter oben wurde darauf hingewiesen, dass die Einweisungsrate der UAW-Patienten in einer stationären Behandlung 3-6 % beträgt. In diesem Wert sind aber Patienten mit Medikationsfehlern noch nicht differenziert enthalten. Es sollte daher in einem BQS-ähnlichen Reporting-Ansatz geklärt werden, wie hoch dieser Anteil in den unterschiedlichen Krankenhäusern ist und welche UAWs und Fehler besonders häufig vorkommen. Das Pharmakovigilanz-System hat im Bereich der UAW-Entdeckung als Ursache für eine Krankenhausbehandlung schon wichtige Ergebnisse zusammengetragen, für die Medikationsfehler sind ähnliche Studien noch nicht durchgeführt worden. Daher sollte ein Indikator festgelegt werden, der die Relation der Einweisungen von Patienten mit UAW- und Medikationsfehler-Begründung zu den übrigen Patienten festlegt (z. B. Referenzwert 3 %). Zu erwarten sind sowohl regionale Schwankungen als auch Unterschiede bei den Ursachen und den für die Ursachen verantwortlichen Gründe (z. B. Interaktionen, Dosierungs- und Complianceprobleme). Aufgrund der Erhebungen könnten im Rahmen regionaler oder Facharzt- und Apotheker-spezifischer strukturierter Dialoge Gründe für die Krankenhauseinweisungen dargestellt und Strategien zur Vermeidung dieser aufgedeckten unerwünschten Arzneimittelereignisse vereinbart werden (z. B. *double check* der Interaktionen in Arztpraxis und Apotheke, EDV-gestützte Dosierungsempfehlungen bei älteren Menschen mit Niereninsuffizienz etc.). Auf diese Weise könnten gezielte Maßnahmen dazu beitragen, den angestrebten Referenzwert zu erreichen.

– Prophylaxe des Röntgenkontrastmittel-induzierten akuten Nierenversagens (Kontrastmittelnephropathie)

  Der weltweite Zuwachs an diagnostischen und therapeutisch angiologischen Katheteruntersuchungen, bei denen Röntgenkontrastmittel angewendet werden, führt voraussagbar zu einer Zunahme an Röntgenkontrastmittel-induzierter Nephropathie. Der Prävention dieses schwerwiegenden unerwünschten Ereignisses kommt daher mehr und mehr Bedeutung zu (Adolph et al 2005; Chatterjee et al. 2004). Von den meisten Autoren wird die Kontrastmittelnephropathie über eine Zunahme des Serum-Kreatinins um 25 % gegenüber dem ursprünglichen Wert bzw. einem absoluten Anstieg um >0,5 mg/dl im Zeitraum von 48 Stunden nach Gabe des Kontrastmittels definiert. Einige Experten sprechen auch bereits bei einem Anstieg von >0,3 mg/dl von einer Kontrastmittelnephropathie. Festzuhalten bleibt, dass diese Kontrastmittelnephropathie als eine der häufigsten Ursachen eines im Krankenhaus erworbenen Nierenversagens betrachtet werden muss. Für Patienten mit einer normalen Nierenfunktion werden Inzidenzen von 0-12 % berichtet, für Patienten mit bereits eingeschränkter Nierenfunktion eine Inzidenz zwischen 7 % und 50 % (Heede 2002). Für die Inzidenz bei unbelasteten Patienten wird daher ein Anteil von bis zu 5% angenommen. Am wichtigsten für die Prophylaxe sind daher die frühzeitige Identifikation von Risikopatienten, eine strenge Indikationsstellung der Anwendung solcher Kontrastmittel und der Prüfung alternativer diagnostischer Verfahren wie z. B. der Angio-MRT. Hinzu kommt die Möglichkeit der Anwendung nicht-ionischer, niedrig-osmolarer oder – neuerdings – iso-molarer Kontrastmittel sowie eine großzügige Hydrierung mit 0,9 %iger NaCl-Lösung vor und während der Kontrastmittel-basierten Intervention, wobei Acetylcystein additiv gegeben wird. Als primäre Risikofaktoren gelten Niereninsuffizienz (Kreatinin >1,5 mg/dl) oder Diabetes mellitus mit oder auch ohne Nephropathie. Als sekundäre Risikofaktoren gelten höheres Lebensalter (>70 Jahre) mit internistischen Begleiterkrankungen, große Kontrastmittelmengen, Wiederholungsuntersuchungen, Zustände mit vermindertem renalen Blutfluss (z. B. bei Dehydratation, (dekompensierter) Herzinsuffizienz, Leberzirrhose, Nephrose oder ein Zustand nach Nierentransplantation.

  Wenn keine Risikofaktoren vorliegen, sollte die Kontrastmittelgabe 300 ml nicht übersteigen (diese Angaben gelten für 350 mg Jod/ml). Die Senkung der Inzidenz auf z. B. 5 % durch die frühzeitige Identifikation von Risikopatienten und die in der Zwischenzeit möglichen Alternativen sollten daher im Rahmen eines Patientensicherheits-Indikators als Zielgröße vereinbart werden, obwohl ein eigentlicher oberer Grenzwert für die Inzidenz bislang nicht ermittelt werden kann. Bei sorgfältiger Prüfung der primären und sekundären Risikofaktoren kann aber eine solche Größenordnung durchaus erreicht werden.

– Der Beers-Indikator

  Die Arzneimitteltherapie älterer Patienten ist – mehr als in vielen anderen medizinischen Bereichen – von der Erfahrung des Therapeuten abhängig. Klinische Studien, die Aufschluss über Wirkungen und Nebenwirkungen in dieser Bevölkerungsgruppe geben, fehlen in der Regel. Hier besteht – aus der Sicht des Patienten – eine tragische Analogie zur geschlechtsspezifischen Arzneimitteltherapie und auch zur Therapie im Kindesalter. Noch immer ist es bemerkenswert, dass gerade die Bevölkerungsteile, die besonders häufig unter Alltagsbedingungen mit Arzneimitteln be-

handelt werden, bei den Zulassungsstudien kaum Berücksichtigung finden.

Der Amerikaner Mark Beers hat im Jahr 1991 erstmals eine Liste mit Arzneimitteln veröffentlicht, die bei der Anwendung bei älteren Patienten als problematisch erachtet werden. Grundlage für die Erstellung der Liste war eine durch Literaturrecherche erstellte Sammlung von unerwünschten Wirkungen bei älteren Patienten. Die Sammlung wurde im Expert Panel-Verfahren diskutiert, geprüft und bewertet und als Liste publiziert (Beers et al. 1991). Die Liste aus dem Jahr 1991 bezog sich zunächst auf Altenheimbewohner. 1997 wurde von der gleichen Arbeitsgruppe eine Liste für den ambulanten Bereich erstellt (Beers 1997). Überarbeitungen folgten in den Jahren 2001 und 2003 (Fick et al. 2003). Die Liste rief großes Interesse bei Klinikern und Wissenschaftlern hervor und wurde Grundlage zahlreicher Publikationen. Die Beers-Liste wurde für den amerikanischen Markt generiert – die Übertragbarkeit auf andere Länder ist wegen der zum Teil großen Abweichungen der verfügbaren Arzneimittelspektren teilweise erheblich eingeschränkt. Bereits im Jahr 1997 wurde eine Modifikation für den kanadischen Markt veröffentlicht (McLeod et al. 1997). Für Deutschland bzw. Europa steht diese Adaption noch aus.

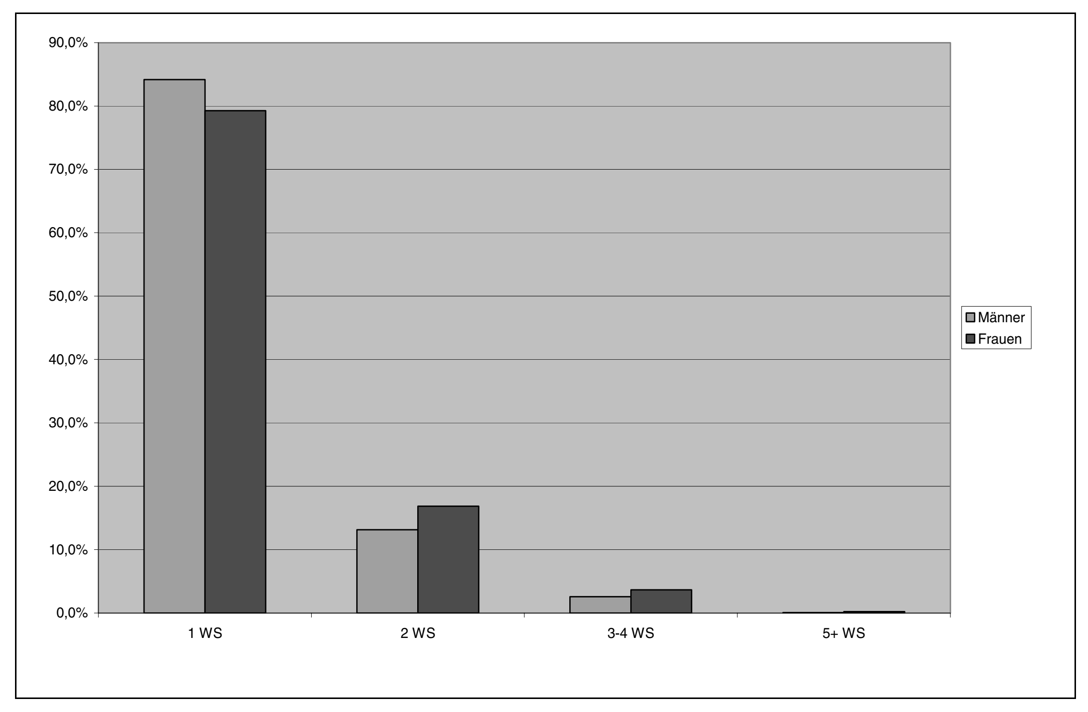
In einer Anfang 2005 erschienenen Publikation zum Gebrauch solcher im höheren Lebensalter zu vermeidenden Arzneimittel im europäischen Vergleich (Fialova et al. 2005) wurde ermittelt, dass in Europa zwischen 6% (Dänemark) und 42% (Tschechische Republik) der älteren Patienten behandelt werden. Die von Fialova et al. zu Grunde gelegte Liste der zu vermeidenden Arzneimittel wurde aus den Listen von Beers aus den Jahren 1997 und 2003 und von McLeod aus dem Jahre 1997 entwikkelt. Basis der folgenden Auswertungen der GEK-Daten (Glaeske/Janhsen 2006) aus dem Jahre 2005 waren die Wirkstoffe der von Fialova et al. zusammengestellten Liste.

Im Jahr 2005 bekamen insgesamt 13 417 bei der GEK versicherten Männer und 15 206 Frauen aus der Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren mindestens einen der Wirkstoffe aus der Liste verordnet. Das entspricht insgesamt einem Anteil von 20 % der Versicherten bzw. 22 % der Arzneimittelpatienten. Männer sind seltener von einer solchen Verordnung betroffen als Frauen: 18 % der männlichen Arzneimittelpatienten und sogar 27 % der weiblichen Arzneimittelpatienten bekommen einen Wirkstoff aus der Fialova-Liste. Im europäischen Vergleich liegen wir damit mit Finnland und Italien in Bereichen mit einer hohen Verordnungsprävalenz solcher zu vermeidender Wirkstoffe.

In Abbildung 38 ist der Anteil Versicherter ab dem 65. Lebensjahr mit 1, 2, 3-4 oder 5 und mehr verordneten Wirkstoffen (WS) der Liste nach Geschlecht dargestellt. Immerhin bekommen bei den Frauen der betroffenen Gruppe über 20 % und bei den Männern über 15 % sogar mehr als einen Wirkstoff aus der Liste.

Abbildung 38

Anzahl der ‚Beers‘ Wirkstoffe bei den 20 % der über 65-jährigen Patienten mit Arzneimittelverordnungen aus der ‚Beers‘-Liste



Quelle: Glaeske/Jahnsen 2006

Die am häufigsten verordneten Wirkstoffe der aus der ‚Beers'-Übersicht abgeleiteten Fialova-Liste nach verordneten DDD (defined daily dose) sind in Tabelle 23 der dargestellt. Amiodaron, Amitriptylin, Doxepin und kurzwirksames Nifedipin gehören zu den Wirkstoffen, die nach Beers wegen schwerer Nebenwirkungen nicht in der Altersgruppe angewendet werden sollen. Im Vordergrund stehen nach den Beers-Listen (Beers 1997; Fick et al. 2003) bei Amiodaron, einem Mittel mit ungenügendem Wirksamkeitsnachweis bei älteren Menschen, das Auftreten von Torsade de pointes-Arrhythmien, bei Amitriptylin und Doxepin anticholinerge und sedierende Nebenwirkungen, bei Doxazosin Hypotension, trockener Mund und Miktionsprobleme und bei Reserpin in Dosen über 0,25 mg Depression, Hypotension, Sedierung und Impotenz. Kurzwirksames Nifedipin sollte bei älteren Menschen nach Beers wegen der Gefahr des Auftretens von Hypotension und Obstipation nicht gegeben werden. Nach McLeod sollte grundsätzlich kein Calcium-Kanalblocker (Nifedipin u. a.) zur Bluthochdrucktherapie gegeben werden, wenn gleichzeitig eine Herzinsuffizienz besteht – bei den über 80-Jährigen betrifft dies ca. 10 %. Zahlreiche weitere Kontraindikationen (z. B. instabile Angina pectoris, Kardiomyopathie), Neben- (z. B. Knöchelödeme) und Wechselwirkungen (z. B. mit Digoxin, Theophyllin und nichtsteroidale Antiphlogistika) des Wirkstoffes Nifedipin sollten zumindest zu einem vorsichtigen und zurückhaltenden Einsatz diese Wirkstoffes im höheren Lebensalter führen – nicht zuletzt weil es besser geeignete Alternativen gibt. Der Wirkstoff Pentoxifyllin – an der vierten Stelle bei den Männern – wird bei Durchblutungsstörungen der Beine, des Gehirns, der Augen und Ohren angewendet. Der therapeutische Wert ist umstritten. Es kann zu Nebenwirkungen u. a. Schwindel, Überempfindlichkeitsreaktion und kardialen Nebenwirkungen kommen. Wie in Tschechien rangiert dieser Wirkstoff auch bei uns sehr weit oben – in anderen europäischen Ländern ist der Wirkstoff entweder nicht verfügbar oder die Verordnungsprävalenzen sind sehr gering.

Die vorliegenden Analysen zur Anwendung von Arzneimitteln, die nach Expertenmeinung in der Therapie älterer Menschen vermieden werden sollen, geben einen Einblick in die dringend verbesserungsbedürftige Verordnungssituation in Deutschland. Insbesondere die Erstellung einer nationalen Präparateliste, die die zahlreichen Besonderheiten des deutschen Arzneimittelmarktes berücksichtigt, wäre sowohl für die ärztliche Tätigkeit als auch für die Versorgungsforschung ein wesentlicher Fortschritt und eine Grundlage für die Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Menschen in Deutschland.

Ältere Menschen bekommen die meisten, wenn auch nicht die teuersten Arzneimittel und verursachen mit 27,2 % den höchsten Anteil an den Arzneimittelausgaben. Die vorgestellten Auswertungen zeigen dringenden Handlungsbedarf und zahlreiche Optimierungspotentiale. Im Vordergrund steht dabei die Abkehr von einer Behandlung einzelner Krankheitsbilder nebeneinander

Tabelle 23

Führende ‚Beers-Wirkstoffe' für Männer und Frauen

ATC	ATC-Bezeichnung	AMP	verordnete DDD	DDD pro AMP
Männer				
C08CA05	Nifedipin	2105	537478,28	255,3
C02CA04	Doxazosin	1300	368360,50	283,4
C01BD01	Amiodaron	788	203340,00	258,0
C04AD03	Pentoxifyllin	1128	122800,75	108,9
N06AA09	Amitriptylin	1082	108721,76	100,5
Frauen				
C08CA05	Nifedipin	1616	323875,08	200,4
N06AA09	Amitriptylin	2057	238523,17	116,0
C02LA01	Reserpin und Diuretika	454	154290,00	339,8
C02CA04	Doxazosin	435	129418,50	297,5
N06AA12	Doxepin	1378	129313,00	93,8

Quelle: Glaeske/Jahnsen 2006

hin zu einer komplexen Therapie älterer Menschen. Dies wäre nicht nur der Therapiequalität zuträglich, sondern auch unter ökonomischen Aspekten sinnvoll.

Als Patientensicherheits-Indikator (PSI) könnte daher der Anteil der Beers-Arzneimittel an den Arzneimitteln älterer Menschen sein. Der Referenzwert wird auf 10 % festgesetzt. Dies wäre ein deutlich niedrigerer Anteil als derzeit in der Versorgungsrealität für ältere Menschen festgestellt werden kann. Dieser Referenzbereich soll auf die arztbezogenen Arzneimitteldaten angewendet werden, um die Anteile der problematischen Beers-Arzneimittel zu identifizieren und auf dieser Basis durch strukturierte Interviews die Versorgungsqualität für ältere Menschen verbessern zu können. Eine Reduktion des Anteils von Beers-Arzneimitteln unter allen verordneten Arzneimitteln für ältere Menschen von 20 % auf 10 % wäre eine wichtige Optimierung der Arzneimitteltherapie für ältere Menschen.

5.2.4.4 Zwischenfazit und Empfehlung

689. Die Arzneimitteltherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Indikationsbereichen neue Behandlungsmöglichkeiten erschlossen, die den Patienten zugute kommen z. B. im Bereich der Onkologie, in der Behandlung von Hepatitis C oder von rheumatoider Arthritis. Bei allen Arzneimitteln, insbesondere bei den neuen, sind Informationen über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken von wachsender Bedeutung, damit für die Patienten der Nutzen höher ausfällt als ein Schaden durch unerwünschte Wirkungen. In Deutschland ist das wichtigste Instrument zu Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen das Meldesystem, dessen Erfolg und Wirksamkeit vor allem von der Mitarbeit der Ärzte abhängt. Darüber hinaus gibt es in einigen Kliniken systematische Forschungsansätze, die bei jeder Aufnahme eines Patienten prüfen, ob der Grund für die Krankenhausbehandlung durch Neben- oder Wechselwirkungen von Arzneimitteln ausgelöst sein kann. Neben den unerwünschten Wirkungen gibt es auch unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit der Einnahme von Arzneimitteln (UAE), die in Verbindung mit der Verordnung, Anwendung, Auslieferung oder Anwendung eines Arzneimittels auftreten können, es kann zu vielfältigen Medikationsfehlern kommen. Unter dem Begriff der unerwünschten Arzneimittelereignisse werden UAWs und Medikationsfehler zusammengefasst. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei ca. 5 % der medikamentös behandelten Patienten UAW auftreten und dass bei etwa 3-6 % aller Patienten, die stationär auf internistischen Stationen aufgenommen werden (geschätzt 150 000–300 000), eine UAW-Ursache für diese Aufnahme ist. Etwa 2,3 % der aufgenommenen Patienten versterben als direkte Auswirkung der UAW. Unerwünschte Wirkungen waren somit für den Tod von 0,15 % der im Krankenhaus behandelten Patienten verantwortlich (0,1 bis 0,2 %). 49,6 % der tödlichen UAWs wurden mit einer inkorrekten Anwendung der Arzneimittel begründet. Neben der Belastung für die Patienten durch UAW ist auch die ökonomische Belastung für das Versorgungssystem erheblich: Für Deutschland wurden die Kosten für UAW-induzierte Krankenhausbehandlungen auf 350 bis 400 Mio. _ jährlich geschätzt, die Kosten können 5-9 % der Gesamtkrankenhauskosten ausmachen.

690. Medikationsfehler werden in Deutschland am ehesten in Krankenhäusern untersucht. Eine im November 2004 vorgelegte Untersuchung ergab, dass in deutschen Krankenhäusern die Fehlerrate bei der oralen Arzneimitteltherapie zwischen 0,2 und 5,1 % liegt. Nach einer internationalen Studie betrug die Fehlerrate bei der Zubereitung und intravenöser Verabreichung von Arzneimitteln sogar bis zu 48 %, ohne dass hieraus zwangsläufig ein Schaden für den Patienten entstand. Vor allem die Krankenhausapotheker haben sich in den letzten Jahren dieses ‚Fehlerproblems' angenommen und versuchen, Lösungen in den Alltag der Arzneimittelversorgung zu implementieren. Die Strategie ‚aus Fehlern lernen' ist dabei das wichtigste Ziel. Dies bedeutet aber auch, öffentlich über solche Fehler zu sprechen (Sicherheitskultur) und nach Lösungen zu suchen, wie Fehler in der Zukunft vermieden werden können. Die bereits gefundenen ‚Auffälligkeiten' bei Medikationsfehlern reichen von Problemen in der Anwendung und Herstellung bis zu Unklarheiten in der Verordnung und Unklarheiten auf dem Rezept.

691. Wichtig ist es, Indikatoren für die Patientensicherheit zu vereinbaren, die genügend typisch (‚sprechend') sind und ausgewertet werden können. Hierzu könnte z. B. der Anteil einer notwendigen Behandlung mit Antibiotika bei bestimmten Operationen gehören oder der Prozentanteil von Menschen, die wegen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Dazu könnte auch die Häufigkeit gehören, die nach der Anwendung von Röntgenkontrastmitteln zu einem Nierenversagen von bis zu 5 % führen. Dazu kann auch der Prozentsatz von Arzneimitteln gehören, die bei älteren Menschen besonders häufig zu Verträglichkeitsproblemen führen können. 35 % der Männer und 40 % der Frauen über 65 Jahre bekommen neun und mehr Arzneimittelwirkstoffe in Dauertherapie, ein Fünftel davon führen bei älteren Menschen besonders häufig zu Problemen in der Verträglichkeit. Daher sollte darauf geachtet werden, dass dieser Anteil in Zukunft 10 % nicht übersteigen sollte. Die Einführung von Indikatoren für die Patientensicherheit ist daher eine gute Möglichkeit, Verbesserungen in der Arzneimittelversorgung und -sicherheit in Gang zu setzen und die Veränderungen messen zu können – ein Nutzen für die Patienten ist unübersehbar.

5.3 Accountability und Wettbewerb

5.3.1 Accountability – Verantwortlichkeit

692. Verantwortlichkeit als Anforderung an Unternehmen und Unternehmensleitungen ist nach Insolvenzen und Unregelmäßigkeiten der letzten Jahre national und international ein wichtiges Thema geworden. In der populären betriebswirtschaftlichen und Managementliteratur wird eine neue Kultur der Verantwortlichkeit (*accountability*) gefordert, die sich auf das gesellschaftliche Umfeld und die Mitarbeiterschaft richtet (vgl. Schwerpunktheft Harvard Business Manager 2007). Auf Initiative von Regierung und Wirtschaft wurden dezi-

dierte Regeln für die Unternehmensführung aufstellt (Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex 2006). Das klassische Verantwortungsgefüge der Geschäftsführung zu Eigentümern und Gläubigern wird erweitert durch andere Partner, in der ersten Linie Kunden, aber auch gesellschaftliche Gruppen und regionale Ansprechpartner, und es werden übergeordnete Ziele wie Umweltschutz oder soziale Fairness betont (vgl. Staehle 1999: 616ff.). Verantwortung wird dabei den strategischen und Leitbild-nahen Werten eines Unternehmens zugeordnet.

Im Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen hat der Begriff *accountability* eine weit zurückreichende Tradition und nimmt neben Wissenschafts- und Evidenzbasierung, Patientenorientierung, Bekenntnis zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit, Leitlinien- und Effizienzorientierung eine zentrale Stellung in einem Führungsverständnis ein, das man als *clinical governance* bezeichnen kann (Lega/DePietro 2005). Deutschland steht am Anfang einer entsprechenden Diskussion, denn die Öffentlichkeit fordert zunehmend die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer hinsichtlich Qualität und Sicherheit ein (s. Abschnitt 5.3.2).

693. In der hier verwendeten Sichtweise ist Verantwortlichkeit auf vier verschiedenen Ebenen zu verstehen:

– Systemebene:

  Auf der Ebene des gesamten Gesundheitssystemes besteht hinsichtlich einer angemessenen Versorgung Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern des Gesundheitssystems und der Gesellschaft (Lee et al. 2004). Dieser Aspekt wird gerade in Ländern mit einer stark zentralistisch geprägten Gesundheitsversorgung betont (Lanier et al. 2003), vor allem auch bezogen auf Patientensicherheit. Die System-Orientierung der Patientensicherheits-Debatte darf nicht im Widerspruch zur individuellen Verantwortlichkeit stehen (Leape/Berwick 2005), insbesondere nicht bei der verschuldensunabhängigen Haftung (Bismarck/Paterson 2006). Auch in marktwirtschaftlich geprägten Gesundheitssystemen werden auf nationaler und regionaler Ebene Qualitätsinformationen erhoben und miteinander verglichen (Jencks et al. 2003).

– Institutionelle Ebene:

  Die Institutionen (z. B. Krankenhäuser) sind in ihrem externen Auftreten und in ihren inneren Strukturen auf Verantwortlichkeit angewiesen. Die gesellschaftliche Dimension der Qualität von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen wurde in der Vergangenheit gegenüber der sachlichen und persönlich-interaktiven Dimension häufig unterschätzt, was z. B. zu Fehlpositionierungen von Krankenhäusern führen kann. Vor allem aber sind die Institutionen des Gesundheitswesens auf die Verantwortlichkeit ihrer Mitarbeiter und der einzelnen Abteilungen angewiesen, insbesondere wenn es um Steuerungmaßnahmen im Rahmen der Bestandsicherung bei sich verändernden Umfeldbedingungen geht, wenn es zu Konflikten mit der Autonomie der professionellen Strukturen kommt (Lega/DePietro 2005).

– Individuelle Ebene:

  Die Angehörigen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen sehen sich hinsichtlich der Diskussion um Verantwortlichkeit in ihrer subjektiven Sicht der größten Herausforderung gegenüber. Das Berufsethos aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist ganz maßgeblich und prioritär von der Verantwortung gegenüber den Patienten geprägt, allerdings wird die Verantwortung implizit vorausgesetzt und nur selten explizit gehandhabt. So ist das Umgehen mit unerwünschten Ereignissen (z. B. Wundinfektionen, Dekubitus) in der ersten Linie entschuldigend und wird nicht primär als im Verantwortungsbereich liegend erkannt. Dies schlägt sich auch in der mangelnden Dokumentation dieser Ereignisse nieder (s. Abschnitt 5.2.3.5). Am besten läßt sich dies am Beispiel der sogenannten ‚Rollvenen' illustrieren. Gelegentlich kommt es beim Blutabnehmen zu Fehlpunktionen, bei manchen Patienten mit gering ausgeprägtem Unterhautgewebe bewegen sich dabei die Venen leicht von der beabsichtigten Punktionsstelle weg. Man bezeichnet dies umgangssprachlich unter Ärzten und Pflegenden als ‚Rollvenen'. Als der Chefarzt eines kommunalen Krankenhauses dieses zutreffenderweise als ‚Ausrede' bezeichnet und die ihm unterstellten Ärzte die Fehlpunktionen dokumentieren lässt (auch bei einer einfachen Blutabnahme), erntet er Erstaunen – der explizite Umgang mit solchen ‚Banalitäten' ist ungewohnt. Ähnliches gilt für einen geringgradigen Sturz ohne Frakturen, bei dem sich der Patient noch festhalten kann. Auch hier wird primär erstmal die Schwäche des Patienten als Ursache genannt, durchaus zutreffenderweise, jedoch – das zeigen die Studien zur Sturzhäufigkeit – selten ein Sturzereignis dokumentiert. Die Diskussion um Verantwortlichkeit wird von den Angehörigen der Berufsgruppen daher als unnötig skandalisierend erlebt und es wird beklagt, dass dadurch das Vertrauensverhältnis mit den Patienten beschädigt wird, nicht bedenkend, dass ein nicht-paternalistisches, partnerschaftliches Vertrauensverhältnis im Sinne expliziter Verantwortlichkeit viel stabiler und tragfähiger wäre. Im Übrigen ist Verantwortlichkeit gegenüber Qualität und Sicherheit die wichtigste Voraussetzung für die Verbesserung der individuellen und institutionellen Qualitätsniveaus, wie auch empirisch nachgewiesen werden kann (Jain et al. 2006).

– Patientenebene:

  Auf Patienten kommt ebenfalls ein neues Rollenverständnis zu. Es geht an dieser Stelle nicht um die Verantwortung von Patienten für ihren Gesundheitszustand, die Teilnahme und Wahrnehmung von Prävention und die Rolle von Lebensstilfaktoren, sondern um ihre Rechte und Pflichten als aktive Partner im Behandlungsprozess: Verantwortung einfordern, aber Verantwortung und entsprechende Information auch nutzen. Im nachfolgenden Kapitel wird genauer auf die empirischen Belege eingegangen, die es zu der

Frage gibt, ob Patienten diese Verantwortung wahrnehmen. In jedem Fall kann festgehalten werden, dass unterschiedliche Patiententypen in unterschiedlicher Weise explizite Verantwortung der Leistungserbringer nutzen. Unabhängig von der Frage, ob sich Patienten compliant verhalten (dem Rat des Arztes folgen), gibt es Patienten, die entweder passiv (compliant oder uncompliant) sind, oder als aktive Patienten ihren Weg bewußt verfolgen und dabei – mit oder ohne Compliance gegenüber dem Rat des Arztes – Verantwortung auf der Seite der Therapeuten einfordern (Scheibler et al. 2001). Die Eigenschaften von Patienten, die durch die finanzielle Beteiligung an den Behandlungskosten gestärkt werden sollen, betreffen am ehesten den sog. aktiven Patienten. Nicht alle Patienten werden daher die skizzierte Veränderung des Rollenverständnisses gleichermaßen nachvollziehen können.

694. Der Begriff Verantwortlichkeit wird – zusammen mit dem Konzept der Angemessenheit – die Diskussion um den Strukturwandel in der Medizin und die Veränderung der professionellen Grundhaltungen auf eine neue Ebene stellen, nachdem die Diskussionen um Qualität, Standardisierung (Leitlinien) in der Medizin, Evidenzbasierung, Outcome-Orientierung, Rationalisierung (Kosteneffektivität – Effizienz) und Patientensicherheit in den vergangenen Jahren die Diskussion beherrscht haben. Natürlich haben alle Berufe im Gesundheitswesen, die Institutionen und das System im Gesamten schon immer Verantwortlichkeit gezeigt und diesen Begriff nach innen und außen genutzt. Eine explizite und bidirektionale, also von der Öffentlichkeit aktiv nachgefragte und belastbare Operationalisierung von Verantwortlichkeit ist jedoch neu und bringt ein zentrales Element des aktuellen Strukturwandels zur Geltung, nämlich die Öffnung des Gesundheitssystems gegenüber Patienten und Gesellschaft: „*the public is a patient population*“ (Buchan 1998: 62).

5.3.2 Qualitätswettbewerb und Veröffentlichung von Qualitätsdaten

5.3.2.1 Vorbemerkung und Systematik

695. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten und von Daten zur Patientensicherheit wird international seit Mitte der achtziger Jahre diskutiert. Diese Diskussion geht einerseits auf die Möglichkeit, Qualität hinsichtlich definierter Anforderungen durch das Indikatorenkonzept zu beschreiben, andererseits auf die eigenständigere Rolle der Patienten zurück. Patienten werden wirtschaftlich stärker an den Gesundheitskosten beteiligt und mehr in die Therapieentscheidungen einbezogen, so dass das Interesse an qualitätsrelevanten Daten stetig steigt (Baumann 2006). Der Patient trifft die Wahl (Angell/Kassirer 1996), das *Consumer Movement* fordert eine Qualitätsberichterstattung (Kizer 2001), und auch die Wirtschaft meldet sich aktiv zu Wort. In den letzten Jahren ist so z. B. die Leapfrog Group zu einer einflussreichen Größe im amerikanischen Gesundheitswesen geworden (Galvin et al. 2005). Der ‚Wert‘ (*value*) der Gesundheitsversorgung ist der Kern der nächsten Generation des *consumer-driven health care* (Brennan/Reisman 2007).

696. Qualitätsdaten, die die Patientensicherheit betreffen, stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses. Auch Jahre nach dem *To Err Is Human Report* ist die Forderung nach *public reports*, um Transparenz, Verantwortlichkeit und Qualität zu fördern, nicht verstummt (Altman et al. 2004); das Institute of Medicine hat dieses nochmals bekräftigt (Corrigan et al. 2001). 89 % der Bevölkerung sind der Meinung, dass Ärzte Fehler an ihre Patienten berichten sollen (77 % der Ärzte sind der gleichen Meinung), und 62 % sind der Meinung, dass Qualitätsdaten der Öffentlichkeit deanonymisiert zugänglich gemacht werden sollen (nur 17 % der Ärzte waren der gleichen Meinung) (Blendon et al. 2002). In einer weiteren Befragung vier Jahre später waren sogar 92 % der Befragten der Meinung, dass ernsthafte Fehler berichtet werden müssen (Anonymous 2004). „The public’s right to know“ (Weissman et al. 2005: 356) hat mittlerweile auch Deutschland erreicht, so wird auch hier die Forderung laut, die krankenhausbezogenen Daten der Bundesgeschäftsstelle sollten deanonymisiert werden („Die Zeit ist reif für die Wahrheit“, Der Spiegel 16. Januar 2006; „Das Land der Ahnungslosen“, FAZ vom 25. Februar 2007).

697. Der Rat hat sich in seinem Gutachten 1997 erstmalig mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten beschäftigt (GA 1997, Ziffer 629; Kurzfassung, Ziffer 114). Wenngleich sich die Diskussion in Deutschland auch heute noch in den Anfängen befindet (de Pouvourville 2003; Geraedts 2007), sind der Qualitätsbericht und das BQS-Verfahren Ansätze, die in diese Richtung gehen. Der Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 umfasst Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die jetzt für das Jahr 2007 abschließend spezifiziert worden sind und als Grundlage eines *public disclosure* Verfahrens gelten können. Immerhin berichteten Ende 2005 28,6 % der deutschen Krankenhäuser freiwillig im Qualitätsbericht Daten zur Indikations-, Prozess- oder Ergebnisqualität, 73,4 % aller Kennzahlen waren BQS-Kennzahlen (Döbler et al. 2007).

Das BQS-Verfahren ist bereits als verpflichtendes internes Berichtsverfahren – zwar mit vertraulicher Handhabung der Daten, aber verstärkt durch ein Peer Review Verfahren bei Auffälligkeiten – zu bezeichnen (sog. *private disclosure*, s. u.) und stellt ein Instrument dar, das auch international zunehmend starke Beachtung erfährt. Nach der neuen Fassung des § 137a SBG V wird die BQS in eine ‚unabhängige Institution‘ überführt, die vorzugsweise transsektorale Indikatoren entwickelt und diese „in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form“ veröffentlichen soll (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 2. Februar 2007, § 137a, Abs. 2, Satz 1 Nr. 4). Die zunächst auf die Vermeidung von Qualitätseinbußen durch die schrittweise Einführung von Fallpauschalen seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 gerichtete Qualitätssicherung wird auch dadurch von wettbewerblich orientierten Elementen des Qualitätsmanagements abgelöst, als dass im Rahmen der Verträge zur Integrierten Versorgung, wo Qualitätsanforderungen sehr häufig expliziter

Vertragsbestandteil sind. Dem gemeinsamen Bundesausschuss kommt nach § 137 SGB V eine zentrale Stellung hinsichtlich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu, insbesondere ist zunehmend erkannt worden, dass eine transsektorale Betrachtungsweise der sektoralen vorzuziehen ist.

698. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) umstritten ist, Aufwand bedeutet, Geld kostet und Gefahren in sich birgt – auf diese Aspekte wird im Weiteren eingegangen (Birkmeyer/Birkmeyer 2006; Lee et al. 2004). Daher steht eine entsprechende Agenda unter erheblichem Rechtfertigungsdruck und ist in jedem Fall nur zu rechtfertigen, wenn auf der Mikro- und Makroebene positive Effekte für die Gesundheitsversorgung entweder nachgewiesen oder zu erwarten sind, die über den zu erwartenden Aufwand hinausgehen (Bentley/Nash 1998). Grundsätzlich sollte der Wettbewerb der Leistungsanbieter um Patienten und Zuweiser dazu führen, dass insbesondere bei fixen Preisen Qualitätsinformationen die entscheidende Rolle bei der Entscheidung zur Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens spielen. Die Argumentation umfasst vier Ebenen:

- Patienten informieren sich und wählen Leistungsanbieter, die bessere Qualität bieten als der Durchschnitt,
- die *high quality* Anbieter werden durch die Zuweiser bevorzugt,
- die Leistungsanbieter fühlen sich durch die Ergebnisse der Veröffentlichung von Qualitätsdaten in ihrer Reputation bedroht und reagieren entsprechend durch die Verstärkung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, und
- die Verantwortlichkeit (*accountability*) der *stakeholder* nimmt zu, somit auch das Vertrauen aller Beteiligten in das Gesundheitssystem.

Allerdings sind diese Effekte nur unter folgenden Voraussetzungen denkbar:

1. Patienten und andere Nutzer des Gesundheitswesens verhalten sich rational und verschaffen entsprechend den Qualitätsinformationen besseren Anbietern Marktvorteile,
2. von der Reputation durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten geht eine Motivation auf die Leistungsanbieter zur Qualitätsverbesserung aus, und
3. diese Entwicklungen werden durch ein professionelles Verständnis getragen, das ebenfalls auf eine Verbesserung der Versorgung hinwirkt (Devers et al. 2004; Hibbard et al. 2005b).

Im Folgenden werden diese komplexen Zusammenhänge mit dem Begriff Qualitätswettbewerb beschrieben. Der Begriff *public disclosure* wird durch Veröffentlichung von Qualitätsdaten übersetzt, d. h. der Bericht wird nicht ausschließlich staatlichen oder im staatlichen Auftrag handelnden Stellen, sondern auch anderen Leistungsanbietern und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (Rosner et al. 2000). Die Veröffentlichung kann anonymisiert sein, erfolgt in der Regel aber deanonymisiert (*non-confidential*), entweder hinsichtlich der Nennung der Krankenhäuser/Institutionen oder aber sogar hinsichtlich der Nennung der einzelnen Ärzte. In einigen Staaten der USA sind auch spezifische Angaben zu einzelnen Zwischenfällen enthalten (Weissman et al. 2005). Es ergibt sich folgende Systematik:

- Interne Rückkopplung an Institutionen (*private disclosure*)
- Veröffentlichung (*public disclosure)*
  - anonymisiert/deanonymisiert
    - auf Ebene der Krankenhäusern
    - auf Ebene der behandelnden Ärzte
  - ohne/mit Nennung von Details von Zwischenfällen

Weitere häufig verwendete englischsprachige Begriffe sind außerdem *public report*, *performance report*, *public profiling*, *quality assessment report*, *league tables*. Wie aus der Systematik hervorgeht, bezeichnet *private disclosure* den innerinstitutionellen Bericht.

5.3.2.2 Internationale Studien: Methodik

699. Die methodische Herangehensweise bei der Evaluation der Effekte der Veröffentlichung von Qualitätsdaten ist mehrfach zusammenfassend dargestellt worden (Marshall et al. 2000a; Robinowitz et al. 2006). Die Varianz in der Methodik ist erheblich, so dass es naheliegt, darin einer der Hauptursachen für die Varianz der Ergebnisse zu sehen (Hibbard et al. 2005b). In der vorliegenden Darstellung werden als maßgebliche Kriterien unterschieden:

- die Art der untersuchten Endpunkte (z. B. Mortalität),
- die Adressaten der Information (Studienpopulation) (z. B. Patienten, Krankenhaus, Marktgeschehen),
- das verwendete Studiendesign (z. B. historische Kontrolle),
- die Reliabilität der eingesetzten Indikatoren (z. B. Erhebung als Routinedaten) sowie letztendlich
- die Validität der Studien z. B. hinsichtlich der Risikoadjustierung.

Die Wahl der Endpunkte ist von ganz entscheidender Bedeutung. Nur ein Teil der Studien richtet sich auf die Ergebnisqualität, am häufigsten beschrieben durch die Mortalität von Krankenhauspatienten oder die Letalität bestimmter Erkrankungen (Hannan et al. 1994; Peterson et al. 1998). Unter den Bedingungen einer kontinuierlich fallenden Verweildauer ist die 30 Tage-Mortalität der *in-house*-Mortalität vorzuziehen (Baker et al. 2002). Häufiger werden jedoch Endpunkte gewählt, die als Prozessparameter im Sinne von Surrogatendpunkten z. B. die Einleitung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (Longo et al. 1997; Schneider/Epstein 1998), die Leitlinien-Compliance (Casalino et al. 2003), die Einstellung der Krankenhausleitungen und der Ärzte (z. B. Burack et al.

1999; Hibbard et al. 2003), den Kenntnisstand und die Einstellungen der Patienten (Hibbard et al. 2005a) oder das Marktgeschehen (Marktanteile von Leistungsanbietern) zum Inhalt haben (Mukamel/Mushkin 1998).

Eng verbunden mit der Wahl der Endpunkte sind die Adressaten bzw. die Studienpopulation, an denen die Untersuchungen zur Auswirkung von *public disclosure* durchgeführt werden. Es gibt Studien, die das Verhalten der Patienten, das Verhalten der Zuweiser, die Ergebnis- und Prozessparameter der Krankenhäuser, die Sichtweise der Krankenkassen bzw. *Health Plans* und letztlich das Gesundheitssystem addressieren. Dieses Gliederungsprinzip wird in Abschnitt 5.3.2.4 verwendet.

Studien, die eine Fragestellung wie die Auswirkung der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zum Gegenstand haben, verwenden andere Studiendesigns als z. B. Therapiestudien; quasiexperimentelle Studien oder Studien mit historischer Kontrolle haben hier eine größere Bedeutung. Es gibt daher auch nur eine einzige randomisierte Studie, die allerdings die Information über die Vergütung der Ärzte als Intervention verwendet und die Inanspruchnahme zum Endpunkt hat und im Zusammenhang mit dem Qualitätswettbewerb nicht relevant ist (Hibbard/Weeks 1989). Die methodisch hochwertigsten Studien verwenden das quasi-experimentelle Design, indem sie z. B. parallel Regionen mit und ohne Intervention (Qualitätsreports) vergleichen. Die 30 Tage-Letalität von Patienten mit Bypass-OP in New York unter dem Einfluss von *report cards* (Cardiac Surgery Reporting System, CSRS) wird z. B. in einer Studie mit der restlichen USA (keine *report cards*) verglichen (Peterson et al. 1998; Marciniak et al. 1998; Longo et al. 1997), oder es werden zwei Bundesstaaten direkt miteinander verglichen (Bentley/Nash 1998; Hibbard et al. 2003). Die einfachsten Studien basieren auf einem longitudinalen prä/post-Vergleich in Form einer retrospektiven Kohortenstudie (Bridgewater et al. 2007; Hibbard et al. 2005b; Lindenauer et al. 2007; Pai et al. 2002; Rosenthal et al. 1997).

Im Mittelpunkt der Kontroverse um die wissenschaftliche Evaluation der Veröffentlichung von Qualitätsdaten steht jedoch die Frage der Reliabilität und Validität (zur Frage der Routinedaten siehe 5.2.3.5). Hinsichtlich der Reliabilität wird zurecht auf die Problematik kleiner Stichproben hingewiesen (sog. *random effects error*) (Scott/Ward 2006). Da bei kleinen Stichproben (oder auch häufigen Testungen) kleine Krankenhäuser ein höheres Risiko falsch-positiver Ergebnisse (*outlier*) haben, weil Einzelereignisse sich stark auf die Gesamtergebnisse auswirken, sind diese gegenüber größeren Häusern in der Tendenz benachteiligt, soweit dieser Effekt nicht statistisch berücksichtigt wird (Dimick et al. 2004; Lilford et al. 2004; Schneeweiss/Sangha 2001).

Die Validität hängt zum einen von der Validität der verwendeten Qualitätsindikatoren, zum anderen von der Qualität der Risikoadjustierung ab. Es ist nicht zu verkennen, dass die Validität – d. h. die Fähigkeit, vorliegende Qualitätsprobleme als solche zu erkennen – des Indikators ‚Mortalität' bzw. ‚Letalität' gering ist (s. Abschnitt 5.2.3.5). Am Patientenkollektiv des *Cardiac Surgery Reporting System* des Staates New York konnte allerdings gezeigt werden, dass nach Adjustierung für externe und patientenseitige Risikofaktoren die Letalität gut mit der 30 Tage-Wiederaufnahmerate korrelierte (Hannan et al. 2003). Der Haupteinwand bezieht sich jedoch auf die mangelnde Risikoadjustierung (Burack et al. 1999; Casalino 1999; Green/Wintfeld 1995; Tu/Cameron 2003; Werner/Asch 2005), insbesondere, da bei nicht ausreichender Berücksichtigung der Krankheitsschwere Krankenhäuser bzw. Ärzte veranlasst sein könnten, Hochrisiko-Patienten von der Behandlung auszuschließen, um ihr Qualitäts-Ranking zu verbessern (sog. *gaming*) (Alderson/Oliver 2003; Dranove et al. 2003; Peterson et al. 1998; Omoigui et al. 1996; Schneider/Epstein 1996; Werner et al. 2005). So arbeitet nur das HEDIS-Programm ohne Risikoadjustierung (Epstein 1998). Eine Risikoadjustierung ist selbst bei der Mortalität/Letalität kein einfaches Unterfangen, v. a. wenn administrative Daten verwendet werden (Scott/Ward 2006).

5.3.2.3 Internationale Erfahrungen mit der Datenveröffentlichung

700. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) auf der Basis von Indikatoren wird international seit längerer Zeit kontrovers diskutiert, es hat sich aber in verschiedenen Staaten ein unterschiedliches Profil herausgebildet (Marshall et al. 2000a; Schneider/Liebermann 2001). Die USA weist über die letzten zwanzig Jahre hinweg die meiste Erfahrung mit der Datenveröffentlichung auf, gefolgt von Großbritannien (speziell Schottland) und Australien. In Europa haben ferner die Niederlande (Marshall/Brook 2002) und Frankreich (Vallet et al. 2006) entsprechende Programme.

701. In den USA, wo die Forderung nach einer Veröffentlichung von Qualitätsdaten nach wie vor sehr aktuell ist (Lansky 2002), stehen die Programme der Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), das Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)-Programm und der Quality Compass^{R} des National Committee for Quality Assurance (NCQA), die National Voluntary Hospital Reporting Initiative (NVHRI) des Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) und die obligaten herzchirurgischen Programme in fünf Bundesstaaten im Vordergrund. Im Jahr 2003 sind Programme zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten in 21 Bundesstaaten der USA aktiv, 10 davon *non-confidential*, veröffentlichen also nicht nur Gesamtstatistiken, sondern nennen die Namen von Krankenhäusern und Ärzten, und sieben wiederum davon geben bei Zwischenfällen auch Einzelheiten weiter (Weissman et al. 2005).

Das erste Programm der AHRQ bestand in dem Bericht der risikoadjustierten Krankenhausmortalität (Epstein 1998; McMullan 1996) und wurde 1986 gestartet, im Jahr 1992 aber nach schwerer Kritik an der Risikoadjustierung und Validität (Berwick/Wald 1990) wieder beendet (Mennemeyer et al. 1997). In der Nachfolge wurde 1993 das Cooperative Cardiovascular Project (CCP) zum Herzinfarkt gestartet, das erfolgeich verlief (Marciniak et al.

1998). Das HEDIS-Programm war freiwillig, verglich *health plans* und richtete sich an Unternehmen (Epstein 1995). Ebenso war das NVHRI des CMS freiwillig (Ito/Sugawara 2005). Gut evaluiert wurde der Quality Count in Wisconsin (unterschiedliche operative und nicht-operative Diagnosen), bei dem im nicht-randomisierten Vergleich zwischen Häusern mit *public disclosure*, *private disclosure* und keinem Report eine deutliche Zunahme von qualitätsverbessernden Maßnahmen in der ersten Gruppe sichtbar wurde (Hibbard et al. 2003; Hibbard et al. 2005b), der sich auch auf die Einstellungen der Patienten entsprechend auswirkte (Hibbard et al. 2005a). Charakteristisch für diesen Report war die Einbeziehung kognitionspsychologischer Grundlagen wie die für Patienten verständliche Präsentation und die breite Dissemination (Hibbard et al. 2005a).

Große Bedeutung auch in der wissenschaftlichen Diskussion kam den herzchirurgischen Projekten in den Bundesstaaten New York, Pennsylvania, New Jersey, Cleveland und Californien zu (Hannan et al. 2003). Das Cardiac Surgery Reporting System (CSRS) in New York startete 1990 mit Daten aus 1989, basierte auf klinischen Daten und berichtete die krankenhausbezogene, ab Dezember 1991 auch die operateurbezogene risikoadjustierte Letalität, mit einer Latenz von 2,5 Jahren (Jha/Epstein 2006). Vorausgegangen war eine juristische Auseinandersetzung auf der Basis des *freedom of information act*, als deren Folge im Jahr 1991 die Daten der Reports öffentlich zugänglich gemacht werden mußten. Die Teilnahme der 32 herzchirurgischen Zentren war Voraussetzung für die Erteilung der Zertifizierung (*certificate of need*), auf deren Basis die Zentren durch das New York State Department of Health zur Versorgung zugelassen wurden. Das CSRS verfügte über einen 21-köpfigen Beirat, das Cardiac Advisory Committee, das aus Herzchirugen zusammengesetzt war. Die Risikoadjustierung basierte auf einem multivariaten Modell, die Daten und die statstische Methodik wurden jährlich einem Audit unterzogen. Lag die beobachtete Letalität über der aufgrund des Risikos zu erwartenden Letalität, wurde das betreffende Zentrum auditiert.

Die Evaluationsstudien zunächst im Longitudinalvergleich (Hannan et al. 1994), dann im Vergleich mit anderen Bundesstaaten (Peterson et al. 1998; Hannan et al. 2003) gehören zu den besten Hinweisen auf eine Wirksamkeit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten, hatten sich aber mit vielen kritischen Meinungen auseinanderzusetzen (Green et al. 1995; Omoigui et al. 1996), wobei aber letztlich der Vorwurf der Risikoselektion widerlegt werden konnte. Der Consumer Guide des Pennsylvanian Health Care Cost Containment Council konnte ebenfalls mit einem parallelen Vorgehen wie in New York Hinweise auf die Wirksamkeit von Veröffentlichung von Qualitätsdaten liefern (Bentley/Nash 1998; Schneider/Epstein 1998). Der Cleveland Health Quality Choice (CHQC) schloss auch andere Diagnosen ein und zeigte in einer retrospektiven Untersuchung positive Auswirkungen auf die chronische Herzinsuffizienz und die ambulant erworbene Pneumonie (Rosenthal et al. 1997).

Insgesamt hat die Veröffentlichung von Qualitätsdaten – bei aller Kritik – in den USA eine gewisse Akzeptanz erreicht. Die JCAHA befragte 500 US-amerikanische Krankenhäuser zur Veröffentlichung ihrer Daten, nachdem im Jahr 2001 neue Standards zur Veröffentlichung von unerwarteten Outcomes bei Patienten vorgestellt worden waren: 54 % berichteten, dass die Veröffentlichung von Daten in ihren Einrichtungen bereits Routine sei, 44 % gaben an, Schäden meistens zu veröffentlichen, und nur 2 % der Krankenhäuser haben nie über Schäden berichtet (CIHI 2004).

702. Kanadische Umfragen haben ergeben, dass die Öffentlichkeit die Datenveröffentlichung zu unterstützen scheint, doch im Allgemeinen nutzt sie die Information nicht für ihre Entscheidungen in der gesundheitlichen Versorgung, zumal deren Existenz oft nicht genügend bekannt ist und die Patienten aufgrund der Regionalisierung von bestimmten Behandlungen keine Wahlmöglichkeiten haben (CHSRF 2003). Patienten richten sich eher nach der Entfernung zum Wohnort sowie nach Empfehlungen von Familie oder Freunden. Auch Medienberichte über Todesfälle beeinflussen ihre Entscheidungen (CHSRF 2003; Marshall et al. 2000a).

703. In Australien scheinen insbesondere Verantwortlichkeit (*accountability*) und Qualitätsverbesserung der Zweck der Veröffentlichung zu sein. Die Queensland Reports fassen administrative Daten aus 78 Krankenhäusern des Staates Queensland über Mortalität, Verweildauer und Komplikationsraten zusammen (Scott/Ward 2006). Doch es wurde lediglich ein relativ kleiner Effekt der Datenveröffentlichung auf die Gesundheitsversorgung verzeichnet. Zur Bewältigung dieses Problems wird empfohlen, die Dateninformation zielgruppenorientiert und überschaubar anzubieten, wie z. B. Angabe von Patientenzufriedenheit und Prozessdaten für Patienten und Outcome-Daten vornehmlich für Leistungserbringer (Collopy 2005).

704. In Großbritannien sind seit 1999 *league tables* in Kraft (Seagroatt/Goldacre 2004), die in das staatliche System der Commission for Health Improvement (CHI) übergegangen sind (Marshall et al. 2003b). Seit 1997 werden die Mortalitätsdaten der Erwachsenen-Herzchirurgie veröffentlicht (Bridgewater et al. 2007). Schottland hat früh (1994) die Clinical Resource and Audit Group (CRAG) ins Leben gerufen, die Indikatoren werden durch die Schottische Exekutive festgelegt (Mannion/Goddard 2001).

705. In Frankreich haben Patientenverbände Beurteilungen über Krankenhausleistungen herausgegeben, die wiederum von der Presse zum Rating von Krankenhäusern herangezogen wurden. Aufgrund zunehmender Bedenken gegen derartige Publikationen veröffentlicht das Gesundheitsministerium seit acht Jahren Daten zur Qualität von öffentlichen Krankenhäusern. In einer Umfrage von Verwaltungsmanagern, medizinischen Direktoren und Dekanen in Gesundheitseinrichtungen berichteten die meisten, dass sich ihr Verhalten nur wenig in Reaktion auf die Datenveröffentlichung, deren Methodik und Kriterien sie kritisierten, geändert hat. Die Befragten sehen einen Be-

darf an Veränderungen einschließlich der Einführung verschiedener Kriterien und Indikatoren für das Rating sowie an Spezialisten zur statistischen Analyse und besseren Verständlichkeit der Daten (Vallet et al. 2006).

5.3.2.4 Effekte der Veröffentlichung von Qualitätsdaten

706. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten und das Konzept des Qualitätswettbewerbs bringen zunächst eine gewisse Plausibilität mit sich: Wenn die Preise fixiert sind (DRG), könnte bzw. sollte die Qualität vielleicht sogar die entscheidende Rolle im Marktgeschehen spielen. In den USA ist jedoch zu dieser Thematik eine scharfe Kontroverse ausgefochten worden (Dranove et al. 2003; Lee et al. 2004), die auch derzeit noch nicht vollständig beendet ist und in ihrer Schärfe und Grundsätzlichkeit vermuten lässt, dass eine entsprechende Kontroverse auch in Deutschland zu erwarten ist. Tatsächlich ist die Studienlage auf den ersten Blick unübersichtlich. Wie oben bereits ausgeführt, müssen in erster Linie Studiendesign und Endpunkte berücksichtigt werden, wenn man ein klares Bild über die Wirksamkeit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten erhalten will. Zusätzlich sind die unterschiedlichen Fachdisziplinen zu berücksichtigen, z. B. Herzchirurgie (Bridgewater et al. 2007; Hannan et al. 1994), akuter Herzinfarkt (Tu/Cameron 2003), Kardiologie (Marciniak et al. 1998), chronisches Herzversagen (Rosenthal et al. 1997; Pai et al. 2002), ambulant erworbene Pneumonie (Rosenthal et al. 1997), Geburtshilfe (Hibbard et al. 2005b; Longo et al. 1997), Allgemeinversorgung (Rosenthal et al. 1997).

Einfluss auf das Verhalten der Patienten

707. Damit die Veröffentlichung von Qualitätsdaten für das Verhalten von Patienten einen Effekt haben kann, müssen Patienten

- Zugang zu den Daten haben,
- die Daten verstehen und akzeptieren,
- sie für relevant halten und
- sich entsprechend den Informationen entscheiden (Robinowitz et al. 2006; Scott/Ward 2006).

Bereits der erste Schritt, der Zugang zu den Informationen, ist problematisch (Hibbard et al. 2005b; Robinson/Brodie 1997), zumindest solange die Dissemination über eine Veröffentlichung in den Medien ohne zusätzlich Maßnahmen nicht herausgeht. In New York wurden Telefonumfragen im September 2002 bei 1 001 Personen und im März 2003 bei 500 Personen durchgeführt. Weniger als die Hälfte der Befragten haben Informationen im zurückliegenden Jahr überhaupt bemerkt und weniger als 20 % haben diese Informationen für ihre Entscheidungen genutzt (Boscarino/Adams 2004). Viele Patienten wissen nicht, dass es *report cards* gibt (Kaiser Family Foundation and AHRQ 2000; Schneider/Epstein 1998). Es ist jedoch hervorzuheben, dass bis zu 75 % der adressierten Personen erreicht werden können, wenn extensivere Disseminationstechniken angewandt werden (z. B. gleichzeitig Presse, Internet, Verteilung durch Arbeitgeber und telefonische Rückfragen) (Hibbard et al. 2005a).

Ein erfolgreicher Zugang zu den Informationen bedeutet jedoch noch nicht ein adäquates Verständnis derselben, gerade da häufig die Berichte von Fachexperten ohne Einbeziehung kognitionspsychologischer Erkenntnisse erstellt werden (Vaiana/McGlynn 2002). Hinzu kommt, dass Patienten die Informationen oft nicht rechtzeitig erhalten oder ihnen nicht trauen (Goldfield et al. 1999; Hibbard et al. 1998; Robinson/Brodie 1997; Schneider/Epstein 1998). So kennen trotz des erheblichen Medienechos nur 20 % der Patienten den New Yorker Report über die Mortalität bei Bypass-Operationen, unmittelbar vor der Operation ist er sogar nur 12 % der Patienten präsent (Schneider/Epstein 1998). Allerdings können mit einer intensiven Disseminationsstrategie wie in den Wisconsin Studien weitaus höhere Werte erreicht werden, so gaben mehr als 70 % der Befragten an, es gebe in den umliegenden Krankenhäusern unerwünschte Ereignisse, die verhindert werden können (Hibbard et al. 2005a). Erwartungsgemäß ist die Nutzung bei jungen Patienten mit gutem Gesundheitsstatus, bei Männern, höherem Einkommen, höherem Bildungsstand und privatem Versicherungsstatus besonders hoch (Boscarino/Adams 2004; Schneider/Epstein 1998). Dagegen profitieren andere Bevölkerungsgruppen weniger von der Datenveröffentlichung, insbesondere vulnerable Patientengruppen[227] finden für sie relevante Themen[228] nicht vor (Davies/Washington 2002; Jewett/Hibbard 1996) oder werden durch sie sogar benachteiligt (Casalino/Elster 2007; Werner/Asch 2005; Werner et al. 2005). Es wird daher empfohlen, für eine gut verständliche Aufbereitung der Daten zu sorgen (Hibbard et al. 2005a) und unterschiedliche Effekte der Datenveröffentlichung auf diese Gruppen und ihre Leistungserbringer gezielt untersuchen zu lassen (Davies 2002).

708. Wenn die Informationen verstanden werden, stellt sich die Frage, ob diese als relevant für den Entschei-

[227] Nach der Definition der Autoren sind vulnerable Gruppen Arme, Menschen mit geringer Ausbildung, chronisch Erkrankte, ethnische oder sprachliche Minderheiten.

[228] Es wird angenommen, dass der Effekt der *report cards* auf die vulnerablen Gruppen unterschiedlich ist. Man bezweifelt allerdings, dass die öffentlich verfügbaren Daten die Probleme der betroffenen Gruppen akkurat und gleich erfassen. Minderheiten-Subgruppen können in den *report cards* unterrepräsentiert sein (kein Kontakt, keine Antworten, Daten können durch Einschluss anderer großer Gruppen mit divergierenden Erfahrungen überschwemmt werden), zumal die *report cards* den Fokus vorwiegend auf Patienten in Managed Care legen und die Gruppen z. T. nicht den Managed Care Plänen angeschlossen sind. Es gibt keine Evidenz über die vermuteten Probleme dieser Gruppen. Einerseits kann es Schwierigkeiten geben, *report cards* zu verstehen oder sie zu nutzen (niedrige Ausbildung, Lese- und Sprachprobleme, Schwerkranke oder psychisch Kranke), andererseits kann das Verstandene nicht in die Tat umgesetzt werden, da die Betroffenen eingeschränkte Möglichkeiten zum Handeln haben (Menschen ohne Versicherung, geographisch bedingte eingeschränkte Wahlmöglichkeit). Insbesondere für Menschen mit sprachlichen Verständigungsproblemen ist es ein Problem, eine kultursensible Versorgung (Personal aus ihrem Herkunftsland bzw. Verständigung in ihrer Muttersprache, kulturspezifische Information oder Beratung) zu bekommen.

dungsprozess angesehen werden. Die wichtigsten Studien zu diesem Thema (Relevanz der Information hier bei der Wahl des Health Plans) wurden von der Kaiser Family Foundation in Zusammenarbeit mit der AHRQ bzw. der Harvard University in den Jahren 1996, 2000 und 2004 durchgeführt (Robinson/Brodie 1997; Blendon et al. 2002; Anonymous 2004). Zunächst wurde festgestellt, dass Qualitätskritierien eine weitaus größere Rolle als Kostenargumente spielen – zwischen 27 % und 39 % der Versicherten besaßen Informationen zu dieser Thematik. Dennoch gaben in den drei Untersuchungen (1996, 2000 und 2004) nur 10 %, 12 % bzw. 19 % der Patienten an, diese Informationen auch bei ihrer Entscheidung zu nutzen. Dieser Befund wird von zahlreichen anderen Studien bestätigt (Marshall et al. 2000a; Robinowitz/Dudley 2006) und gilt auch relativ zu anderen Informationsquellen. Freunde und Familienmitglieder sowie Ärzte und Pflegepersonal stellen eine sehr viel wichtigere Informationsquelle dar als das Internet, Zeitschriften, Verbraucherverbände und staatliche Stellen (Anonymous 2004; Boscarino/Adams 2004; Epstein 1998; Mennemeyer et al. 1997; Robinson/Brodie 1997). Faktoren wie z. B. die Qualifikation eines Arztes scheinen bei der Entscheidung ein höheres Gewicht zu haben als das Krankenhaus-Rating (Boscarino/Adams 2004). Allerdings zeigen auch hier die Wisconsin Studien, dass bei guter Verständlichkeit und Dissemination der Daten mehr als 50 % der Befragten diesen Daten eine Bedeutung bei der Wahl des Krankenhauses zuwiesen und auch aus der Erinnerung Krankenhäuser mit hohem und niedrigem Leistungsstandard richtig unterscheiden konnten (Hibbard et al. 2005a).

709. Letztlich besteht nun die wichtigste Frage darin, ob als relevant eingeschätzte Qualitätsdaten tatsächlich die Entscheidungen der Patienten beeinflussen. In vielen Studien wird kein Effekt gesehen, die Veröffentlichung von Qualitätsdaten beeinflusst nicht die Arztwahl (Hibbard/Weeks 1989), trotz hoher Mortalitätsraten wird der Arzt nicht gewechselt (Mennemeyer et al. 1997), das in der Nähe liegende Krankenhaus wird auch dann genutzt, wenn die Sterblichkeit dort deutlich höher als in Regionalhäusern ist (Finlayson et al. 1999). Nur 4 % der informierten Patienten nutzen die Informationen zur Entscheidung, der Patient redet mit seinem Arzt nicht über diese Informationen (Hibbard et al. 2005b). Patienten wünschen sich eher Informationen über die einzelnen Leistungserbringer mit Fehlerraten und unerwünschten Ergebnissen (Schauffler/Mordavsky 2001). Wenn sie selbst ein gutes Verhältnis zum jeweiligen Arzt haben, werden negative Bewertungen dieses Arztes von Patienten offensichtlich nicht als entscheidend eingeschätzt (Marshall 2002). Andere Studien sehen dagegen durchaus einen Effekt auf das Entscheidungsverhalten von Patienten (Hibbard et al. 2003; Mukamel/Mushlin 1998), indem sie anhand der Daten Krankenhäuser unterscheiden (Hibbard et al. 2005b) und auch ihre Einstellung ändern, soweit sie einen Report zur Kenntnis nehmen (Hibbard et al. 2005a). Die Ergebnisse sind um so deutlicher, je höher die methodische Qualität der Studien ist und z. B. kontrollierte Designs verwendet werden (Hibbard et al. 2003). Es darf natürlich nicht außer acht gelassen werden, dass Patienten nur dann sinnvoll auf die Information reagieren können, wenn es sich um elektive Behandlungen handelt und sich mehrere Krankenhäuser in erreichbarer Nähe befinden (Hibbard et al. 2005b; Mannion/Davies 2002: Scott/Ward 2006).

Niedergelassene Ärzte und Einweiser

710. Obwohl der Informationsstand der Ärzte in den USA über *report cards* höher ist als der der Patienten, nutzen auch sie die Information wenig und sind skeptisch gegenüber der Datenveröffentlichung. Sie kritisieren eine mangelnde Risikoadjustierung und zweifeln die Verlässlichkeit der Qualitätsdaten an (Schneider/Epstein 1996). Zwei Drittel der Ärzte in einer Umfrage gaben an, dass sie bei der Auswahl von anderen Ärzten oder Krankenhäusern die Berichte nicht berücksichtigen, nur 22 % diskutieren die Ergebnisse mit ihren Patienten (Hannan 1997). Sie möchten ihren Patienten eine aus ihrer Sicht vernünftige Behandlung zukommen lassen und lehnen es ab, ihr Verhalten aufgrund der *public disclosure* zu ändern oder anzupassen. Es wird vorgeschlagen, die Leistungserbringer in den Veröffentlichungs-Prozess miteinzubeziehen und sie davon zu überzeugen, dass die Messungen wichtig und relevant sind (Marshall 2002). Es gibt nur eine Studie, die nachweist, dass die Veröffentlichung der Qualitätsdaten von Physician Organizations gemessen an dem Surrogatmarker Care Management- und Leitlinien-Compliance einen positiven Effekt hat (Casalino et al. 2003).

Krankenhäuser

711. Übersichtsarbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass Krankenhäuser mehr auf die Veröffentlichung von Qualitätsdaten reagieren und diese zur Verbesserung ihrer Qualität nutzen als niedergelassene Ärzte oder Kostenträger (Marshall et al. 2003b). Die Studien zu dieser Thematik sind in drei Gruppen einzuteilen:

- Studien, die die Einleitung von internen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und andere Prozessqualitätsaspekte als Endpunkt haben,
- Studien mit harten Outcome-Endpunkten (z. B. Mortalität) und
- Befragungen zu Haltungen und Einstellungen, meist von Krankenhausärzten und der Krankenhausleitung.

712. Mehrere Studien zeigen einen positiven Einfluss der Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf das interne Qualitätsmanagement und die Prozessqualität. Eine quasi-experimentelle Studie in Wisconsin an einem breiten Spektrum von Erkrankungen zeigte, dass Maßnahmen zum *quality improvement* in Häusern, die an einem *public report* Programm zur Qualität und Patientensicherheit teilnahmen, deutlich stärker eingesetzt wurden als in Häusern, die nur interne Reports oder keine Reports aufweisen (Hibbard et al. 2003; Hibbard et al. 2005b). Krankenhäuser, die an *public report* Programmen teilnehmen, investieren stärker in Qualitätsmangement als andere Häuser (Bentley/Nash 1998; Hibbard et al. 2003; Longo

et al. 1997; Rosenthal et al. 1998; Tu/Cameron 2003). In Japan haben bei der Zertifizierung Krankenhäuser, die sich für *public disclosure* aussprechen, höhere Scores zur Patientensicherheit als Häuser, die dies ablehnen (Ito/Sugawara 2005). Viele dieser Maßnahmen sind durch die Befürchtung von Reputationsverlust getragen (Hibbard et al. 2003; Mannion/Davies 2002; Marshall et al. 2000a), sind aber durchaus langfristig angelegt (Hibbard et al. 2003). Die Wirkung innerhalb von Krankenhausketten ist besonders ausgeprägt (Helios 2006, Scott/Ward 2006). Wenige Untersuchungen können jedoch keine positiven Effekte auf QI-Maßnahmen nachweisen (Berwick/Wald 1990; Romano et al. 1999).

713. Relevanter als Prozessparameter sind Kriterien der Ergebnisqualität wie die in den meisten Studien als Endpunkt verwendete risikoadjustierte Mortalität. Die wichtigsten und hochwertigsten Studien zu diesem Thema wurden im New Yorker Cardiac Surgery Reporting System (CSRS) durchgeführt. Zunächst wurden longitudinale Beobachtungsstudien veröffentlicht, bei denen der Letalitätsrückgang nur schwer von dem allgemeinen Rückgang der Letalität zu isolieren war (Hannan et al. 1994). Auch in Cleveland wurde eine entsprechende Studie abgeschlossen (Rosenthal et al. 1997). Eine weitere Studie im CSRS verglich die Ergebnisse des CSRS mit der Letalität bei Bypass-Operationen in den restlichen USA und stellt für die Jahre 1989 bis 1992 sowohl in der unadjustierten als auch risikoadjustierten Letalität einen klaren Vorteil für die Patienten heraus, die in New York operiert worden waren (Peterson et al. 1998). Die Letalität der von Operateuren mit niedrigem Operationsvolumen operierten Patienten war 2 bis 5mal höher als der Durchschnitt, während der Jahre 1989 bis 1992 verließen 27 der Operateure mit niedrigen OP-Volumina den Staat New York (Chassin et al. 1996). Diese Studie wurde für fünf Staaten, die *report cards* verwendeten (New York, Pennsylvania, New Jersey, Californien, Cleveland), für die Jahre 1994 bis 1999 wiederholt und zeigte eine signifikante Reduktion der Letalität der Bypass-Operation mit einer Odds Ratio von 0,79 (CI 0,73-0,85) im Vergleich zu den restlichen Bundesstaaten der USA (Hannan et al. 2003).

Auch für andere Indikationen wurden Outcome-relevante Endpunkte untersucht. In einer Studie, in der bei Medicare-Patienten in vier Bundesstatten der USA Qualitätsindikatoren zur Behandlung des akuten Herzinfarktes erhoben und rückgekoppelt worden waren, zeigte sich im Vergleich zu den anderen Bundesstaaten eine z. T. signifikante Überlegenheit der Interventionsstaaten (z. B. 1-Jahres-Letalität) (Marciniak et al. 1997). In einer Studie aus dem Jahr 1999, an der 31 Krankenhäuser im Staat Michigan teilnahmen, konnte bei der chronischen Herzinsuffizienz jedoch kein entsprechender Effekt konstatiert werden (Pai et al. 2002). Eine Studie der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), die primär zur Evaluation von *pay for performance* (siehe Abschnitt 5.3.3) durchgeführt wurde, konnte bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt, dekompensierter Herzinsuffizienz und ambulant erworbener Pneumonie nachgewiesen werden, dass auch für die Veröffentlichung der Qualitätsdaten allein im longitudinalen Vergleich eine deutliche Verbesserung der Qualität der Versorgung dieser drei Erkrankungen sowie in einem kombinierten Endpunkt auftrat (Lindenauer et al. 2007). In einer Studie in Cleveland wurden im Zeitraum von 1991-1997 die Letalitätsraten von stationären Medicare Patienten bei sechs Diagnosen (akuter Herzinfarkt, dekompensierte Herzinsuffizienz, ambulant erworbene Pneumonie, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Apoplex und gastrointestinale Blutung) erfasst. Dabei konnte ein positiver Effekt für die chronische Herzinsuffizienz und die ambulante erworbene Pneumonie festgestellt werden (Rosenthal et al. 1997). Wegen des Endpunktes *inhouse-mortality* bei sinkender Verweildauer wurde diese Studie jedoch einer scharfen Kritik unterzogen (Baker et al. 2003). Es wurde zwar während des stationären Aufenthalts ein signifikanter Abfall der risikoadjustierten Mortalitätsraten verzeichnet, allerdings stieg die Rate unmittelbar nach der Entlassung wieder an. Insgesamt ist die 30 Tage-Mortalitätsrate für zwei Diagnosen gesunken, für eine Diagnose gestiegen und für drei Diagnosen blieb sie unverändert. Die Nutzung von stationären Mortalitätsraten für Outcome-Trends kann demzufolge zu falschen Schlüssen führen (Baker et al. 2002).

Die kritischen Stimmen gingen aber über diesen Aspekt der Reliabilität und Validität hinaus (s. Abschnitt 5.2.3.5), insbesondere wurde die Möglichkeit, die Ergebnisse zu verfälschen („*gaming*‘) intensiv diskutiert (Birkmeyer/Birkmeyer 2006; Burack et al. 1999). Dieses kann z. B. durch Verlegung von Patienten mit höherem Risiko in die Nachbarstaaten (Omoigui et al. 1996) oder durch Risikoselektion über Krankheitsschwere oder sogar ethnische Merkmale geschehen (Werner et al. 2005). In einer Übersichtsarbeit aus Australien werden die Möglichkeiten für Krankenhäuser, die Datenvalidität zu beeinflussen, zusammenfassend dargestellt (Scott/Ward 2006):

- *gaming*: direkte Datenmanipulation
- *early discharge*: Reduktion von *inhouse*-Letalität und anderen Komplikationen durch frühe Entlassung
- *avoidance*: Risikoselektion durch Vermeidung der Behandlung von Patienten mit hohem Komplikationsrisiko
- *out sourcing*: Verlegung von Hochrisiko-Patienten
- *defensive medicine*: Unterversorgung durch Unterlassen riskanter, aber indizierter Leistungen[229]
- *withdrawal and disengagement:* Absetzen und Reduktion der Behandlung
- *tunnel vision:* Qualitätsrelevante Aktivitäten werden ausschließlich auf die für die Berichterstattung relevanten Bereiche konzentriert, in den anderen Bereichen kommt es zu Verschlechterungen.

Es gibt allerdings durchaus Untersuchungen, die darauf hindeuten, dass diese Probleme überschätzt werden. So

[229] Im Gegensatz dazu wird in Deutschland darunter Überdiagnostik und Übermedikamentierung verstanden.

sagen Letalitätsdaten aus vorangehenden Jahreszeiträumen die risikoadjustierte Letalität späterer Behandlungszeiträume zuverlässig voraus (Jha/Epstein 2006). In New York wurde anhand von Routinedaten genau untersucht, ob die Verlegung von Patienten in die Nachbarstaaten zugenommen hat – mit negativem Ergebnis (Peterson et al. 1998). Es wurde ebenfalls kein Hinweis darauf gefunden, dass das Komorbiditäts- oder Komplikationsrisiko der Patienten, die im Staat New York operiert wurden, abgefallen wäre (nämlich durch Verlegung von Hochrisiko-Patienten in die Nachbarstaaten) – das Risiko ist im Beobachtungsszeitraum sogar deutlich angestiegen (Peterson et al. 1998). In der englischen Herzchirurgie-Studie konnte im Zeitvergleich gezeigt werden, dass die Komorbidität der operierten Patienten sogar signifikant zunahm (Bridgewater et al. 2007). Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es Probleme in der Reliabilität und Validität sowie im *gaming* gibt, ein Effekt dieser Faktoren in populationsbezogenen Untersuchungen in New York (worauf sich die Kritik meist bezog) jedoch nicht nachgewiesen werden konnte.

714. Als dritte Gruppe der Untersuchungen im Krankenhausbereich sind Befragungen von Ärzten oder Krankenhausleitungen zu ihrer Einstellung zu *public disclosure* zu nennen (z. B. Burack et al. 1999; Hibbard et al. 2003). Diese Befragungen ergeben mit wenigen Ausnahmen ein kritisches Bild und können wie folgt zusammengefasst werden:

– Insgesamt werden der Veröffentlichung von Qualitätsdaten keine positiven Effekte zugeschrieben. In einer vergleichenden Studie wurde das Krankenhausmanagement von je zwei Bundesstaaten der USA befragt, die entweder ein verpflichtendes Report-System mit *public disclosure*, ein verpflichtendes Report-System mit *private disclosure* (nur an die Institutionen) und ohne jegliches Report-System hatten. *Public disclosure* wurde keinerlei positive Effekte zugewiesen, sondern es wurde ohne Unterschiede zwischen den Gruppen vermutet, dass durch diese Programme das interne Reporting (z. B. CIRS) behindert würde, die Klagehäufigkeit gefördert werde, und kein positiver Effekt auf die Patientensicherheit zu erwarten sei (Weissman et al. 2005). Die Wahrnehmung von *pay for performance* Programmen ist deutlich besser (siehe Abschnitt 5.3.3) (Casalino/Elster 2007).

– Allerdings wurde in einer zweiten kontrollierten Befragungsstudie nachgewiesen, dass Krankenhäuser mit obligatem *public disclosure* deutlich mehr über Validitätsmängel, den Nutzen für interne QM-Maßnahmen und die Öffentlichkeit klagen als Häuser mit *private disclosure* oder ohne *disclosure*. Die Angst von Reputationsverlust war bei *public disclosure* Häusern mit schlechten Ergebnissen ausgeprägter als bei Häusern mit guten Ergebnissen, weiterhin waren die Zweifel über Mängel der Methodik (Validität) bei Häusern mit schlechten Leistungsstandards präsenter als bei Häusern, die einen guten Leistungsstandard aufzuweisen hatten (Hibbard et al. 2003). Dieses Ergebnis wird auch von anderen Autoren bestätigt (Scott/Ward 2006).

– Die Zweifel an der Validität ziehen sich auch durch andere Befragungen. Insgesamt scheinen die Indikatoren selbst in langjährig etablierten Report-Systemen nur ein ‚geringes Profil' hinsichtlich ihrer Wirksamkeit für Verbesserungen aufzuweisen – bedingt durch geringe Glaubwürdigkeit, geringe Aktualität, geringen Bekanntheitsgrad, mangelndes Training, fehlende Anreize, mangelnde Risikoadjustierung, zu starke Prozessorientierung sowie fehlende Verantwortlichkeit in der eigenen Institution (Mannion/Goddard 2001).

– Andere Autoren vertreten die Ansicht, dass die größten Effekte bei Krankenhäusern mit niedriger Leistung eintreten, wohingegen die Krankenhäuser mit hoher Leistungsfähigkeit bemüht sind, diese aufrechtzuerhalten (Hibbard et al. 2003; Pai et al. 2002).

– Es gibt ferner Bedenken über eine zu lange Zeitspanne zwischen Datensammlung und Publikation (Davies et al. 2001).

715. Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass es Anzeichen dafür gibt, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten im Krankenhausbereich positive Auswirkungen auf Prozess- und Ergebnisparameter hat, wenngleich Möglichkeiten zur Verfälschung dieses Effektes durch *gaming* und andere Probleme gegeben sind. Dieser Effekt ist am ehesten dahingehend zu interpretieren, dass Krankenhäuser primär als Institutionen angesprochen werden und sich im Wettbewerb auch schon hinsichtlich der Kosten in einer Konkurrenzsituation durchsetzen mussten.

Kostenträger und Health Plans

716. Die Frage, inwieweit Kostenträger und *health plans* auf die Veröffentlichung von Qualitätsdaten reagieren bzw. diese einsetzen, ist für die deutsche Diskussion besonders im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung von Programmen der integrierten Versorgung, populationsbezogener Versorgungsstrukturen und den Programmen zur hausarztzentrierten sowie ‚besonderen' Versorgung relevant. Das älteste Programm ist der Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) der NCQA, das für die Versicherungsnehmer (Unternehmen) Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren aufbereitet, jedoch keine Patientensicherheits-Indikatoren enthält (Schneider et al. 1999). Auf dem HEDIS baut der Quality Compass^{R} auf, der auf freiwilliger Basis öffentlich zugängliche Daten der *health plans* zusammenstellt (Übersicht bei Epstein 1998). Große Studien wurden z. B. auch von Medicare durchgeführt (Marciniak et al. 1998).

717. HMOs wiesen Qualitätsdaten anfangs eine große Bedeutung zu, diese Informationen sind aber im Vergleich zu Preis, Zertifizierung, Mitgliederzufriedenheit und Schadensersatzklagen für den Vertragsabschluss mit Krankenhäusern nicht entscheidend (Marshall et al. 2000b; Rainwater/Romano 2003). Die Daten des New Yorker CSRS wurden z. B. von den MCOs nicht genutzt, es wurden Patienten der MCOs sogar überdurchschnitt-

lich häufig in *high mortality* Krankenhäusern operiert (Chassin 2002; Erickson et al. 2000). Berichte aus 11 US-amerikanischen Gemeinden zeigten unterschiedliche Effekte, einige waren erfolgreich, andere hatten einen geringeren Effekt wegen Konflikten zwischen Arbeitgeberverbänden und Krankenhäusern z. B. wegen Uneinigkeit bei der Auswahl geeigneter Ziele, der Methodik der Qualitätsmessung und dem Einsatz wirtschaftlicher Anreize zur Qualitätsverbesserung (Mehrotra et al 2003). In den letzten Jahren ist das Interesse allerdings wieder gestiegen (Marshall et al. 2003b).

Rolle der Medien

718. Das Medieninteresse an der Veröffentlichung von Qualitätsdaten hat parallel zur gesteigerten Autonomie und Verantwortung, die der Bevölkerung und den Patienten zugewiesen wird, in entwickelten Gesundheitssystemen in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme erfahren (Ali et al. 2001). Das Verhältnis von ‚negativen' zu ‚positiven' Berichten ist dabei in etwa gleich geblieben (Ali et al. 2001). Seit dem ‚Kölner Krankenhaus Guide' aus dem Jahr 1999 sind auch Ratings und *league tables* in Deutschland populär (z. B. ‚Fokus-Listen', Tagesspiegel).

Es ist jedoch fraglich, ob Medienberichte über Qualitätsdaten eine entscheidende Rolle im Entscheidungsprozess der Patienten spielen; in einer Studie gaben nur 7 % der Patienten an, die Information über Printmedien würden für ihre Entscheidungen eine Rolle spielen (Epstein 1998). Ein unerwarteter, von den Medien berichteter Todesfall erbrachte für ein Krankenhaus ein Fallzahl-Rückgang von 9 %, während die ebenfalls öffentlich bekannte Tatsache, dass die Mortalität in einem Krankenhaus um das Doppelte über dem Durchschnitt liegt, nur einen Verlust von einem Fall pro Woche zur Folge hatte (Mennemeyer et al. 1997). Der Vorwurf, die Berichterstattung in den Medien sei in erster Linie auf den aktuellen ‚Skandal' und die Schuldzuweisung gegenüber einem einzelnen Arzt oder einer Einrichtung abgestellt (Marshall et al. 2003b), scheint auf den ersten Blick den Rezeptionsgewohnheiten der Medienkonsumenten zu entsprechen. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Bevölkerung in ihrer klaren Mehrheit auf einem *public reporting* von unerwünschten Ereignissen besteht (Blendon et al. 2002, Anonymous 2004). So wird auch in Deutschland die Forderung laut, die obligate Berichterstattung gemäß § 137 SGB V zu deanonymisieren und für die Öffentlichkeit auf die einzelnen Krankenhäuser rückführbar zu machen (Spiegel 16. Januar 2006: „Die Zeit ist reif für die Wahrheit").

719. Eine entscheidende Voraussetzung für die Veröffentlichung von Qualitätsdaten und den Qualitätswettbewerb dürfte darin liegen, dass die Medien die Dissemination der Qualitätsinformation unterstützen (Schneider/Epstein 1998). Hierbei ist eine konstruktive Haltung sinnvoll, wie z. B. bei der Analyse des Falles einer Seitenverwechselung in Kassel, um den Institutionen und Personen im Gesundheitssystem die Möglichkeit des ‚Lernens aus Fehlern' zu geben (Spiegel 16. Dezember 2002). Bei einem komplett eingeführten *public disclosure* System mit Berichterstattung über die individuellen Geschehnisse käme auf die Medien insofern Verantwortung zu, als es nicht wünschenswert oder zumindest sehr problematisch wäre, wenn Angehörige über die Medien von Komplikationen informiert werden würden (Weissman et al. 2005).

Einfluss auf das Gesundheitssystem

720. Wie bei den einzelnen Adressaten hinsichtlich der Veröffentlichung von Qualitätsdaten (vor allem Patienten, Ärzte, Krankenhäuser) ist die Studienlage auch bei Betrachtung des Gesundheitssystems als Ganzes nicht einheitlich. Um einen funktionsfähigen Qualitätswettbewerb nachzuweisen, müsste durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten

- die reale Varianz der Qualität darzustellen sein,
- die Varianz der Versorgung bei zumindest marginal steigender Qualität der durchschnittlichen Versorgung zu reduzieren sein,
- keine Benachteiligung bestimmter sozialer Gruppen entstehen,
- entsprechende Marktverschiebungen nachweisbar sein und
- der entstehende Aufwand für die Erhebung der Qualitätsdaten mit dem Effekt in einem sinnvollen Zusammenhang stehen.

Zum Punkt der Reduktion der Varianz kann mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass abseits aller Diskussionen über die Validität der verwendeten Indikatoren die Darstellung der Varianz gelingt. So erbrachte z. B. der Quality Compass[R] der NCQA bereits in den 90er Jahren in den USA ein klares Bild (Epstein 1998), gleiches gilt für die BQS-Berichterstattung in Deutschland, auch wenn hier Reliabilitätsfragen offen bleiben (BQS 2006). Wenn es darüberhinaus möglich wäre, die Varianz insbesondere im Bereich qualitativ schlechter Leistungsabieter zu reduzieren, wenn auch die durchschnittliche Qualität der Versorgung dabei nur marginal zunimmt, wäre dies bereits als ein Erfolg der *public disclosure* Programme zu interpretieren (Varianzreduktion). Diesem Argument stehen Bedenken gegenüber, denn es kann durch die Bevorzugung gut messbarer Indikatoren die Aufmerksamkeit auf Bereiche mit gutem Zugang konzentriert werden; andere Bereiche, die schwerer mit Indikatoren fassbar sind (z. B. konservative Fächer), bleiben jedoch unbeachtet oder entwickeln sich sogar negativ (Marshall et al. 2003b; Casalino 1999). Die gleiche Gefahr besteht für die Überbetonung der Patientensicherheitsthematik gegenüber der allgemeinen Qualitätsthematik (Woolf 2004). Studien, die sich auf der Basis ganzer Gesundheitssysteme mit der Varianzreduktion beschäftigen, liegen allerdings nicht vor, es sind einzig Studien, die den Krankenhausbereich z. B. von Bundesstaaaten der USA betrachten (s. dort).

Die Reduktion der Varianz und die durchschnittliche Verbesserung der Qualität der Versorgung dürfen natürlich nicht zu einer Benachteiligung von Personengruppen führen, die durch die gebotenen Informationen erreicht werden oder diese nicht in ihre Entscheidungen integrieren

können. Wie bereits ausgeführt (s. Abschnitt 5.3.2.4), ist das Verständnis dieser Informationen bei Patienten mit höherem sozialen Status besser (Boscarino/Adams 2004; Schneider/Epstein 1998) als bei Patienten mit niedrigerem sozialen Status (Casalino/Elster 2007; Davies/Washington 2002; Jewett/Hibbard 1996; Werner/Asch 2005; Werner et al. 2005); evtl. werden sie dadurch sogar benachteiligt.

Die vierte Ebene der Thematik bezieht sich auf die Marktentwicklung. Es gibt nur wenige Studien, die einen positiven, z. T. auch nur inkonsistenten Einfluss der Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf die Marktposition, die Wachstumsraten und die Erzielung von Erlösen nachweisen (Mukamel/Mushlin 1998; Romano/Zhou 2004). Die meisten Studien sehen keinen direkten Einfluss auf die Marktanteile (Hibbard et al. 2005b; Mennemeyer et al. 1997), auch nicht im Rahmen des CSRS-Programmes in New York (Chassin 2002a; Jha/Epstein 2006). Die Krankenhausleitungen nehmen auch nicht an, dass ihr Marktanteil beeinflusst werden könnte, unabhängig davon, ob sie einer *public disclosure* Politik unterliegen oder nicht (Hibbard et al. 2003).

Studien zur Kosteneffektivität der Veröffentlichung von Qualitätsdaten in dem Sinn, als dass die Kosten für die Erhebung und Veröffentlichung mit dem zu erwartenden Effekt in Beziehung gesetzt werden, liegen bislang nicht vor (Marshall/Romano 2005). Nur vereinzelt gibt es Angaben zu den Kosten der Erhebung (z. B. $ 3 für Routinedaten und $ 13 für klinische Daten (Bates et al. 1995b)) und für Erhebung plus Veröffentlichung (z. B. im Jahr 1991 mit $ 16/Patient (Marshall et al. 2000a)). Diese Frage muss also offen bleiben.

5.3.2.5 Umsetzung und Vorgaben

721. In der Umsetzung sind einige auch in der internationalen Diskussion immer wiederkehrende Fragen zu klären (Mannion/Davies 2002). Natürlich sind die unterschiedlichen Perpektiven und Erwartungen der *stakeholder* zu berücksichtigen (Sirio/McGee 1996).

- Interner vs. öffentlicher Bericht:

  Im vorliegenden Kapitel geht es um den öffentlichen Bericht (*public disclosure*, zur Terminologie siehe Abschnitt 5.3.2.1) und nicht um den internen Bericht, bei dem die Daten nur den betreffenden Krankenhäusern bekannt sind (wie z. B. im BQS-Verfahren). Es gibt jedoch eine vergleichende Studie aus Wisconsin, die *public disclosure* gegen *private disclosure* gegen keine Reports untersucht. Es zeigt sich ein eindeutig größerer Effekt in der Gruppe mit Veröffentlichung von Qualitätsdaten (Hibbard et al. 2005b). Dagegen stehen plausible Stellungnahmen von Experten, die das interne ‚Lernen' von Krankenhäusern unter dem Schutz der Vertraulichkeit (*no blame* Politik) bevorzugen (Scott/Ward 2006).

  - Wenn öffentlicher Bericht, sollen dann einzelne Ärzte genannt werden? Die Information über einzelne Ärzte hat in einer Befragung größeres Gewicht als Daten von Krankenhäusern oder anderen Institutionen (Boscarino/Adams 2004). Aber auch hier sind Stellungnahmen von Experten zu berücksichtigen, die das interne ‚Lernen' von Krankenhäusern gefährdet sehen (Scott/Ward 2006).
  - Wenn öffentlicher Bericht, sollen dann Einzelheiten über Zwischenfälle genannt werden? Wie bereits ausgeführt, waren im Jahr 2003 in den USA spezifische Angaben zu einzelnen Zwischenfällen in sieben von 21 Bundesstaaten, die Programme zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten zur Verfügung hatten, vorgeschrieben (Weisman et al. 2005). Auf die Medien kommt hier eine besondere Verantwortung zu.

- Freiwillig vs. obligat:

  Die überwiegende Mehrheit der Programme zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten sind obligat (*mandatory*) (Schneider/Epstein 1998). Nur wenige Programme (z. B. HEDIS) sind freiwillig (Schneider et al. 1999). Es wird auch von Experten ganz eindeutig für eine obligate Meldung plädiert, so kritisch sie auch sonst den Programmen gegenüber eingestellt sind (Marshall et al. 2003b; McCormick et al. 2002). Eine obligate Verpflichtung sollte unter spezifischen Voraussetzungen stehen, sowohl hinsichtlich Reliabilität und Validität (hohe Qualität der Quelldaten, adäquate Risikoadjustierung, adäquate statistische Auswertung, zeitnahe Rückkopplung), Öffentlichkeit (Aufmerksamkeit herstellen, Zugang klären, Verständlichkeit testen), der Ansprache von Ärzten und Pflegenden (Aufmerksamkeit herstellen, Zugang klären, Interpretation befähigen), und der Managementebene (Qualitätsperspektive klar machen und als gangbar darstellen, Verantwortlichkeit klären) (Scott/Ward 2006).

- Ergebnisqualität oder Prozessqualität:

  Einerseits wird eine zu starke Prozessorientierung als Argument gegen die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verwendet, weil die Ergebnisse nicht für die Behandlung der Patienten relevant seien (Mannion/Goddard 2001). Andererseits sind Indikatoren zur Prozessqualität leichter zu messen und weniger anfällig für Case-Mix und Manipulationen, außerdem werden sie besser akzeptiert (Tu/Cameron 2003), so dass eine Mischung beider Indikatorentypen das Optimum darstellen dürfte (Mannion/Davies 2002, Marshall et al. 2003b) (siehe Abschnitt 5.2.3, Abschnitt 5.3.3).

- Administrative oder klinische Daten:

  Diese Fragestellung ist in Abschnitt 5.2.3.5 ausführlich dargestellt. Letztendlich ist eine Kombination aus Routinedaten (Epstein 1998, Wiscons Hibbard et al. 2003, Hibbard et al. 2005b) und klinischen Daten (Peterson et al. 1998, Bentley/Nash 1998) das sinnvollste Herangehen. In jedem Fall sind transsektorale Daten zu fordern.

- Verantwortung – professionelle Gremien vs. staatliche Institution:

Die meisten Programme zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten stehen in staatlicher Verantwortung, so die herzchirurgischen Programme in den USA (Peterson et al. 1998; Bentley/Nash 1998), die Schottischen Programme (Mannion/Goddard 2001) oder des britische NHS-Programm (Marshall et al. 2003b). Es wird allerdings darauf hingewiesen, wie wichtig z. B. in New York die Einbindung der professionellen Gremien für den Erfolg des Programmes war (Chassin 2002).

– Rückkopplung – Institutionen oder Ärzte:

Hierzu gibt es unterschiedliche Standpunkte, die entweder bevorzugen, die Datenrückkopplung direkt an die Ärzte zu richten (Werner et al. 2005), oder an die Institutionen, also Krankenhäuser oder Praxisverbünde (Marshall et al. 2003b).

– Belohnung/Sanktion vs. keine Belohnung/Sanktion:

Hierzu gibt es keine vergleichenden Studien, aber vereinzelt Empfehlungen, die häufig zugunsten von *incentives* ausfallen (Mannion/Davies 2002; Marshall et al. 2003b). Selbst im marktorientierten Gesundheitssystem der USA, so ergab eine Befragung, wird wenig mit *incentives* gearbeitet (Mannion/Davies 2002).

5.3.2.6 Zwischenfazit und Empfehlung

722. Die Situation ist in Deutschland ‚reif' für die Diskussion um die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (Der Spiegel 16. Januar 2006), Medien und Öffentlichkeit werden die fehlende Transparenz der bestehenden Daten (z. B. BQS-Daten) nicht hinnehmen (FAZ 25. Februar 2007). Der G-BA und die BQS haben zur Veröffentlichung geeignete Indikatoren entwickelt (Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft 2007). Auf der anderen Seite erschließt sich erst in einer spezifischen Analyse der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur zu den internationalen Erfahrungen mit *public disclosure*, welche Effekte realistischerweise in welchen Zeiträumen zu erwarten sind – auf den ersten Blick ergibt sich ein diffuses Bild und skeptische Einschätzungen überwiegen.

723. In der vorliegenden Analyse wird die Literatur zur Thematik nach drei Aspekten untersucht (siehe Abschnitt 5.3.2.2):

– Endpunkte,

– Studienpopulation bzw. der Studiengegenstand,

– Studiendesign.

Die Darstellung nach diesen drei Kriterien ergibt ein klareres Bild (Abbildung 39).

Abbildung 39

Qualitative Darstellung der Evidenz nach Endpunkt und Studienpopulation bzw. -gegenstand

	Ergebnis-Q	Prozess-Q	Einstellung	Markt
Patienten	/	/	↓ ↑*	/
Niedergel. Ärzte	/	/	↓	/
Kranken-häuser	↑*	↑*	↓	+/-
Kassen	/	+/-	↑	/
Gesundh.-system	/	/	/	+/-

(/) keine Studien,
↓ negativer bzw.
↑ positiver Effekt,
* methodisch höherwertige Studien (s. Text)

Quelle: Eigene Darstellung

So läßt sich festhalten, dass

1. bezüglich der Endpunkte deutlich zwischen Studien zur Ergebnis- und Prozessqualität auf der einen Seite und Befragungen zu Einstellungen und Haltungen auf der anderen Seite zu unterscheiden ist. Die Befragungen ergeben sowohl bei Krankenhausleitungen als auch bei Krankenhausärzten und bei niedergelassenen Ärzten ein eher negatives Bild. Patienten haben umso mehr Nutzen aus den Informationen, je besser diese aufbereitet sind. Eine größere Zahl von Studien mit harten Endpunkten zur Ergebnisqualität (Mortalität) und zur Prozessqualität (z. B. Investition in Qualitätsmanagement) zeigt dagegen einen positiven Effekt zugunsten der Veröffentlichung von Qualitätsdaten.

Auch bei den Adressaten der Informationen bzw. den Studienpopulationen zeigen sich Unterschiede:

2. Patienten sind sehr an Qualitätsinformationen interessiert, rufen diese aber nicht ab und nutzen sie nicht, zumindest wenn die Informationen nur auf konventionellem Weg disseminiert und aufbereitet sind. Sie können diese jedoch dann, wenn die Informationen gut aufbereitet sind, und sie in der Lage sind, diese zur Kenntnis zu nehmen, verstehen, für relevant erachten und im Sinne einer Entscheidungsunterstützung nutzen.
3. Zuweisende bzw. überweisende Ärzte machen von veröffentlichten Qualitätsdaten wenig Gebrauch und sind skeptisch.
4. Krankenhäuser reagieren am stärksten, und zwar hinsichtlich der Verbesserung bei Outcome-relevanten Endpunkten und hinsichtlich der Einleitung von internen Qualitätsmaßnahmen – so negativ die Befragungen zur Einstellung von Krankenhausleitungen auch ausfallen.
5. Kostenträger sind interessiert, handeln aber letztendlich nicht nach den Informationen.
6. Das Gesundheitssystem als Ganzes profitiert zumindest dadurch, dass die Varianz der Qualitätsindikatoren dargestellt und der öffentlichen Diskussion zugänglich gemacht wird, obgleich der Nachweis einer nachhaltigen Verbesserung auf Systemebene oder einer breiten Verschiebungen der Marktanteile bislang nicht oder nur in einzelnen Studien gelingen konnte.

Zur Bedeutung der methodischen Qualität der Studien ist zwar eine regelrechte Sensitivitätsanalyse wegen der kleinen Zahl der in Frage kommenden Studien nicht möglich, qualitativ gibt es jedoch Hinweise, dass methodisch bessere Studien auch einen stärkeren Effekt zeigen:

7. Eine bessere Aufbereitung der Information für die Patienten hat eine bessere Nutzung dieser Information zur Entscheidungsfindung zur Folge,
8. Methodisch höherwertige Studien mit einem quasiexperimentellen Design im Krankenhausbereich zeigen eine stärkere Verbesserung der Outcomeparameter und der Prozessqualität.

Es ist zu vermuten, dass durch *public disclosure* ein ‚*spirit of openness*' gefördert wird (Werner/Asch 2005), der das Vertrauen in die Gesundheitsprofessionen stärkt und als Stimulus für Leistungserbringer zur Verbesserung von Verantwortlichkeit und Qualität dient. Gleichzeitig muss aber ein unkritisches Vorgehen vermieden werden. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten ist nicht per se sinnvoll, sondern kann sich nur durch positive Effekte auf die Qualität der Versorgung rechtfertigen, und vor allem müssen methodische Probleme hinsichtlich Reliabilität und Validität konstruktiv angegangen werden (Marshall et al. 2000b). Hierzu gehören in erster Linie

9. die Erarbeitung von adäquaten Risikoadjustierungssystemen, die auf das deutsche Gesundheitssystem zugeschnitten sind, und
10. die Prüfung der Frage, ob das deutsche G-DRG System zur Risikoadjustierung genutzt werden kann.

Die frühzeitige Einbeziehung der Patienten ist von entscheidender Bedeutung, zum einen bei der

11. Erarbeitung von Formen der Informationsentwicklung, die für die Patienten verständlich sind (Hibbard et a. 2005a), zum anderen
12. bei der Implementierung der *public disclosure* Programme; hierzu sollten Pilotversuche eingesetzt werden, in die die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gemäß § 65b SGB V für kassengetragene Callcenter sowie andere qualifizierte Patientenvertreter einbezogen werden können. Gleichzeitig können die Berichte Informationsgrundlage für die Arbeit dieser Institutionen darstellen (vgl. GA 2003, Ziffer 294 ff.).

Weitere Fragen, die angegangen werden müssen, sind

13. die Einbeziehung transsektoraler Qualitätsindikatoren,
14. die Prävention einer Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen, die über die Informationen nicht erreichbar sind, und
15. die Klärung der Kosteneffektivität der Veröffentlichung von Qualitätsdaten unter Einbeziehung aller, auch der indirekten Kosten.

724. Auf der Basis dieser Erkenntnisse kommt der Rat zu folgenden Empfehlungen:

1. Die vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 SGB V durch die BQS bzw. die ‚fachlich unabhängige Institution' nach § 137a wird zügig ausgebaut, insbesondere unter Beachtung der gesetzlichen Forderung der Einbeziehung der transsektoralen Verläufe (§ 137 Abs. 2), unter Berücksichtigung von Patientensicherheits-Indikatoren (siehe Tabelle 22) und unter vordringlicher Einbeziehung der konservativen Fachgebiete.
2. Die ‚unabhängige Institution' erarbeitet eine Liste von Indikatoren, die für die Veröffentlichung geeignet sind. Diese für *public disclosure* vorgesehenen Indikatoren sollen zum einen Patientensicherheits-In-

dikatoren einschließen, zum anderen den aktuell von der BQS vorgelegten Katalog um globale, übergreifende und die konservativen Fachgebiete betreffende Indikatoren erweitern. Zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, die Ergebnisse der Indikatoren in den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V zu veröffentlichen. Die unabhängige Institution führt im Rahmen des Audit-Verfahrens der derzeitigen BQS auch eine Prüfung der Reliabilität dieser Indikatoren durch. Eine jährliche Veröffentlichung ist vorzuziehen.

3. Die Institution nach § 137a offeriert weiterhin interessierten Krankenhäusern ein internes Benchmarking, das unter den teilnehmenden Krankenhäusern die Öffnung der Daten beinhaltet.

4. Die Institution nach § 137a bietet Krankenhäusern außerdem an, anonym die Ergebnisse ihrer internen CIRS-Systeme zugänglich zu machen, damit über registrierte Zwischenfälle die Möglichkeit des internen Lernens über die Institutionen hinweg verstärkt wird.

Der Rat empfiehlt, die Datenveröffentlichung als einen Entwicklungsprozess zu betrachten, bei dem die Gesundheitsberufe vollständig involviert werden. Insbesondere sind hier die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen und die Weiterentwicklung der Indikatoren zu nennen. Die Berichte nach Nr. 4 sollten ferner an ein geschultes Team aus Patientenvertretern gerichtet werden, das als eine Art Callcenter die Anfragen derjenigen Patienten effektiv bearbeiten könnte, die aus verschiedenen Gründen die vorhandenen Daten nicht nutzen bzw. nutzen können. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gemäß § 65b SGB V sowie andere qualifizierte Patientenvertreter sollen einbezogen werden. Damit auch Bürger mit sprachlichen Verständigungsproblemen davon profitieren, wäre eine Kooperation mit einer (Telefon-)Dolmetscherzentrale sinnvoll.

5.3.3 Qualitäts-bezogene Vergütung (*pay for performance*, P4P): finanzielle Anreize für Qualitätsverbesserung

725. *Pay for performance* (Qualitäts-bezogene Vergütung) stellt eine Weiterführung des Konzeptes des *public disclosure* (Veröffentlichung von Qualitätsdaten) dar und ist eines der aktuellsten Konzepte in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Berwick et al. 2003, Kahn 2006). Diese Diskussion spiegelt sich auch im wissenschaftlichen Diskurs wider, so ist in den letzten Jahren eine große Zahl von Evaluationsstudien und systematischen Reviews in hochrangigen Journals veröffentlicht worden. Die Entwicklung von Programmen zur Qualitäts-bezogenen Vergütung hat ihren Schwerpunkt vor allem in den USA und in Großbritannien. Gerade in den USA wird die Diskussion um die Frage, inwiefern die Finanzierung der Leistungsanbieter im stationären und ambulanten Bereich Anreize zu kontinuierlicher Qualitätsverbesserung setzt und nicht vielmehr auf hohen Verbrauch und Mengen gerichtet ist, sehr explizit geführt (Corrigan et al. 2001). Folgende drei Argumente werden dabei immer wieder genannt:

– Patienten sind nach wie vor erheblichen Defiziten hinsichtlich der Patientensicherheit ausgesetzt (Leape/Berwick 2005),

– im Durchschnitt erhalten Patienten nur in 55% die empfohlene, leitliniengerechte Therapie (McGlynn et al. 2003), und

– die Varianz der Ausgaben für das Gesundheitswesen innerhalb der USA liegt in der Größenordnung des Faktors 2, ohne dass damit Unterschiede in der Qualität zwischen den Bundesstaaten erkennbar wären (Institute of Medicine 2006; National Forum on Quality 2007; Cannon 2006).

726. Sowohl dem Konzept der Veröffentlichung von Qualitätsdaten als auch dem Konzept der Qualitäts-bezogenen Vergütung liegen externe Anreize zugrunde, die das Ziel haben, Qualitätsdefizite auszugleichen (Casalino/Elster 2007; Lindenauer 2007). Im Fall der Veröffentlichung werden in erster Linie die Patienten angesprochen, die nach entsprechender Information die qualitativ beste Versorgung nachfragen sollen und erst sekundär die Leistungserbringer, die sich um eine optimale Reputation bemühen. Die Qualitäts-bezogene Vergütung (*pay for performance*) ist dagegen nicht *consumer-driven*, sondern primär *provider-driven*, richtet sich also direkt an die Leistungserbringer, und verwendet darüberhinaus nicht nur immaterielle Anreize (z. B. Rankings), sondern auch finanzielle Anreize, die die Qualität der Leistungen statt deren Quantität honorieren (Davidson et al. 2007; Rosenthal et al. 2004). Letztendlich weisen die meisten Programme zur Qualitäts-bezogenen Vergütung auch ein *public disclosure* auf (Institute fo Medicine 2007; Rosenthal/Dudley 2007), es wird sogar dezidiert empfohlen, diese Verbindung aufrecht zu erhalten (Institute for Medicine 2006; JCAHO 2007). Gemeinsam ist beiden Ansätzen der Bezug zum Thema Verantwortlichkeit (*accountability*, s. Abschnitt 5.3.1): „*Shift from autonomy to accountability is ... inevitable*“ (Fisher 2006: 1847, s. auch Lee et al. 2004).

Die Qualitäts-bezogene Vergütung ist allerdings deutlich komplexer als die Veröffentlichung von Qualitätsdaten, da Qualitätsindikatoren mit finanziellen Finanzierungsbestandteilen und auf der anderen Seite entsprechenden Einsparungen (falls keine zusätzliche Finanzierung möglich) in Verbindung gesetzt werden müssen (Davidson et al. 2007). Weiterhin muss die grundsätzliche Frage geklärt werden, ob der Vergütungszuschlag ab einem bestimmten Grenzwert, ab einer bestimmten Ranking-Position oder für eine relative Verbesserung in Bezug auf den jeweiligen Ausgangswert gezahlt wird. Auch ist ein P4P Programm kostspieliger als die Veröffentlichung von Qualitätsdaten, weil Datenerfasssung, Kopplung an Finanzierung und die Risikoadjustierung in der Administrierung sehr viel mehr Aufwand bedeuten (Lindenauer et al. 2007).

727. Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 1997 erstmals zu dieser Thematik Stellung genommen (GA 1997 Ziffer 624f.). Ergebnisorientierte Vergütungsformen sind jetzt jedoch nicht nur international, sondern

auch in Deutschland in der Diskussion, u. a. durch Überlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es erscheint also angebracht, den Wissenstand gerade auf dem Hintergrund der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zusammenfassend darzustellen, die methodischen Probleme und Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren und die derzeitigen Kenntnisse über die Wirksamkeit sowie Nebeneffekte zu sichten.

5.3.3.1 Internationale Erfahrungen

728. Erfahrungen zur Qualitäts-bezogene Vergütung liegen vor allem aus den USA und Großbritannien vor (frühe Übersichten USA Epstein et al. 2004; Rosenthal et al. 2004; für Großbritannien Roland 2004). In den USA wurde P4P besonders im Managed Care-Bereich eingesetzt (Kuhmerker/Hartman 2007; Trude et al. 2006). Im Jahr 2005 hatten mehr als 50 % der HMOs P4P eingeführt, 90 % davon für niedergelassene Ärzte, 38 % für Krankenhäuser (Rosenthal et al. 2006). Begonnen hatte die Entwicklung bei den kommerziellen Versicherern (Aetna, PacifiCare, WellPoint) (Cannon 2006).

Das staatliche Medicare-System wies einen besonders großen Handlungsbedarf auf, da neben Qualitätsdefiziten und der Höhe der nationalen Ausgaben vor allem die mangelnde Steuerungsfunktion der Vergütung Probleme bereitete (Sorbero et al. 2006). Im Jahr 2003 wurde das Institute of Medicine aufgefordert, einen Indikatoren-Set aufzubauen und diesen regelmäßig zu aktualisieren, einen Vorschlag zur entsprechenden Vergütung auszuarbeiten und die Umsetzungsbedingungen einschließlich der Anforderungen an die Daten und Datenverarbeitung darzustellen (Institute of Medicine 2007). In einer Umfrage innerhalb des Medicare-Systems im Dezember 2005 in den USA wurde von 157 P4P-Programmen berichtet, die in 130 Organisationen und 50 Mio. eingeschriebener Personen durchgeführt wurden (Sorbero et al. 2006). Mitte 2006 führten mehr als 50 % der Bundesstaaten in den USA P4P Programme im Medicaid-Bereich durch, 85 % beabsichtigen dies in den nächsten 5 Jahren zu tun (Kuhmerker/Hartman 2007).

Auf Veranlassung des Kongresses starteten die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) zusammen mit Premier, einer großen Organisation von Nonprofit-Krankenhäusern und Managed Care-Einrichtungen, im Juli 2003 das sog. Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQIP), das sich auf Indikatoren der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) und des National Quality Forum (NQF) stützte und bis 30. September 2006 fortgeführt wurde (Davidson et al. 2007). Anhand von 34 Indikatoren zu fünf Erkrankungen bzw. Eingriffen (akuter Myokardinfarkt, chronische Herzinsuffizienz, ambulant erworbene Pneumonie, koronare Bypass-Operation und Hüft-/Kniegelenksersatz) wurden Ranking-Listen erstellt, die veröffentlicht (*public disclosure*) und zur Grundlage für Vergütungszu- und abschläge verwendet wurden. Die besten 10 % der Krankenhäuser erhielten dabei einen 2 % Aufschlag, die zweiten 10 % einen 1 % Aufschlag, und Häuser, die drei Jahre lang einen aus zehn Indikatoren bestehenden *composite*-Grenzwert von 80 % nicht erreichten, erhielten einen Abschlag von 1 bzw. 2 % (Cannon 2006; Davidson et al. 2007; Presseerklärung der CMS v. 31. Januar 2005; Sorbero 2006). Es nahmen 266 Krankenhäuser teil, an 115 der Häuser wurden Boni von insgesamt 8,7 Mio. US-Dollar ausgeschüttet (New York Times 25. Januar 2007).

Weitere Projekte in den USA sind (Auswahl):

- die Hospital Quality Alliance (HQA) der Medicare Payment Advisory Commission, das seit 2003 1 % einbehält, so dass anhand von 17 Qualitätsindikatoren 140 Mio. US-Dollar im Jahr umverteilt werden können (Kahn et al. 2006),
- die im ambulanten Sektor von Medicare initiierte Physician Group Practice Demonstration,
- das P4P Programm der Leapfrog Group (Kuhmerker/Hartman 2007),
- das Programm der PacifiCare of California (PCC) (Rosenthal et al. 2004),
- das Quality Incentive Program(QIP) (Rosenthal et al 2004),
- das Programm Bridges of Excellence, das sich auf die Diabetes- und kardiologische Behandlung konzentriert (Kuhmerker/Hartman 2007),
- die Physician Group Practice Demonstration, an dem große Gruppen niedergelassener Ärzte teilnehmen (Kuhmerker/Hartman 2007),
- das Programm der *Integrated Healthcare Association*, das in Californien auf Prävention, die Behandlung chronischer Erkrankungen, Patientenzufriedenheit und EDV-Investitionen gerichtet ist (Kuhmerker/Hartman 2007).

729. In Großbritannien wurde im April 2004 das Quality and Outcome Framework (QOF) gestartet, das auf der Basis von 146 Qualitätsindikatoren (davon 50 % zur Ergebnisqualität) einen 20 %igen Anstieg des *family practice* Budgets und deutliche Verbesserungen in der Versorgung und in der Compliance zu Leitlinien bewirkte (Galvin 2006; Roland 2004). Eine Besonderheit dieses Programmes ist es, dass Patienten mit besonderem Verlauf oder auch besonderem sozioökonomischem Hintergrund von dem Programm ausgenommen werden können (*exception reporting*) (Doran et al. 2006).

5.3.3.2 Ziele, Konzept und Definition

730. Die meisten Studien und Artikel zu *pay for performance* verzichten auf jegliche Definition und begnügen sich mit einer Schilderung der Absicht und des Ziels solcher Programme: „*the ultimate goal of pay for performance is to improve quality and patient outcomes*“ (Institute of Medicine 2007: 9). „*The key to the quality-based payment system is that it differentiates between the intensity of medical care and the value of it*“ (Cannon 2006: 3). Ergebnisqualität, Varianz, Patientenorientierung und Effi-

zienz sollen verbessert werden (Bufalino et al. 2006; Institute of Medicine 2006). Englisch-sprachige Begriffe, die den Inhalt der Qualitäts-bezogenen Vergütung beschreiben, sind *value-based performance* (Wenzel 1992), *performance-based contracting* (Shen 2003; Sorbero et al. 2006), *quality based purchasing* (Cannon 2006), *payment for quality* (Bufalino et al. 2006) und *value-based purchasing* (Lindenauer et al. 2007). P4P Programme zielen darauf ab, die Anreizbildung der Vergütungssysteme statt auf die Leistungsmengen auf die Qualität der Leistungen auszurichten (Lindenauer et al. 2007).

Die Qualitäts-bezogene Vergütung ist eng an die Evidenz-basierte Medizin Bewegung gebunden, die die Berücksichtigung von Evidenz-basierten Leitlinien in den Mittelpunkt stellt (Cannon 2006). Qualität und Sicherheit sollen verbessert werden, im Vordergrund steht dabei die Verhaltensänderung der Ärzte und Behandler, unter Einbeziehung der professionellen und organisatorischen Umgebung und unter besonderer Betonung der transsektoralen, integrierenden Versorgung (Institute of Medicine 2007). Der Verbesserung der Koordination kommt besondere Bedeutung zu und kann auch gezielt Gegenstand der finanziellen Anreize sein. Es sollen durch P4P in diesem Zusammenhang strukturelle Veränderungen erreicht werden, bei gleichzeitiger Erhöhung der Effizienz (Epstein 2004). Die Leistungserbringer sollen weiterhin veranlasst werden, bei der Behandlung von Patienten auch populationsbezogene Gesichtspunkte mit zu berücksichtigen (Epstein 2004; Institute of Medicine 2007). Auf die Risikoadjustierung kommt auch große Bedeutung zu. Wegen der in Frage stehenden Auswirkungen auf chronisch kranke, multimorbide Patienten (s. u.) soll ein besonderes Augenmerk auf komplexe Behandlungssituationen gerichtet werden.

731. Eine andere Wurzel der Qualitäts-bezogenen Vergütung liegt in der ökonomischen Theorie, der Organisationstheorie und den Verhaltenswissenschaften (Frolich et al. 2007; Grol/Grimshaw 2003). Bei dem Einsatz von Anreizen im Gesundheitswesen wird in ein außerordentlich komplexes System eingegriffen. Die externe Motivation kann durch finanzielle Faktoren und durch Reputation (z. B. durch Veröffentlichung von Qualitätsdaten) beeinflusst werden, für die Berufe im Gesundheitswesen sind aber die Elemente der internen Motivation wie das professionelle Selbstverständnis, ethische Grundeinstellungen und Altruismus mindestens ebenso entscheidend (Cook et al. 2004). Wissen und Erfahrung sind wichtige Effektoren einer Verhaltensänderung, Haltung und Einstellung (*attitudes*) sind aber maßgeblich und werden durch die interne und externe Motivation bestimmt. Daher ist der Einsatz externer Anreize auf ein umfassendes Konzept des Verhaltens der Angehörigen der Gesundheitsberufe angewiesen (Frolich et al. 2007).

732. Auf diesem Hintergrund kommt der Definition von Qualitäts-bezogener Vergütung große Bedeutung zu, da sie Elemente des Konzeptes transportiert. Es erscheint folgender Definitionsansatz sinnvoll: Qualitäts-bezogene Vergütung ist ein Finanzierungssystem, das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt („*practice of paying health care providers differentially based on their quality performance*“) (Sorbero et al. 2006: IX). Da *value* das Verhältnis von Qualität, Menge und Kosten wiedergibt, ist es naheliegend, dass einige Definitionen weiter greifen und die Effizienz mit einbeziehen: „*any type of performance based provider payment arrangements including those that target on cost measures*“ (Dudley/Rosenthal 2006: 1). Im Deutschen bieten sich Begriffe wie Qualitäts-basierte oder Ziel-orientierte Finanzierung an, im vorliegenden Text wird der Begriff ‚Qualitäts-bezogene Vergütung‘ verwendet, auch wenn hier finanzielle Ziele nicht explizit mit einbezogen sind.

5.3.3.3 Design von P4P Modellen

733. Bei der Etablierung von Programmen zur Qualitäts-bezogenen Vergütung sind regelmäßig methodische Probleme zu beachten, die im Folgenden basierend auf den internationalen Erfahrungen zusammenfassend dargestellt werden sollen (vgl. Rosenthal/Dudley 2007).

1. Verantwortlichkeit, Freiwilligkeit, individuelle vs. Gruppenmotivation:

   In erster Linie ist zu klären, ob einzelne Ärzte oder größere Organisationen (Krankenhäuser, Ärztenetze) angesprochen werden sollen. Wenngleich die Ergebnisse nicht unterschiedlich sind (Petersen et al. 2006), sind unterschiedliche Wirkungsaspekte zu beachten. Werden einzelne Ärzte angesprochen, stehen individuelle Faktoren im Mittelpunkt, wobei noch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Ärzten in Krankenhäusern unterschieden werden muss (Kindig 2006). Im Fall, dass Organisationen angesprochen werden, stehen dagegen Management- und Systemfaktoren im Vordergrund, die aufgrund der finanziellen Anreize Gegenstand der Veränderung sind (McMenamin et al. 2003; Rosenthal/Dudley 2007). Weiterhin ist die Frage zu klären, ob die Beteiligung freiwillig oder verpflichtend ist (Institute of Medicine 2006).

2. Höhe der zusätzlichen Vergütung:

   Ein klarer Zusammenhang zwischen Vergütungshöhe und Effekt ist in der Literatur nicht erkennbar (Frolich et al. 2007). Die Vergütung sollte in der gleichen Größenordnung wie die inkrementellen Kosten der Qualitätsverbesserungsmaßnahme einschließlich der Opportunitätskosten (z. B. Verdienstausfall durch die nicht mögliche Behandlung anderer Patienten in diesem Zeitraum) liegen (Rosenthal/Dudley 2007). Die Höhe der zusätzlichen Vergütung muss die Höhe der notwendigen Investitionen (z. B. EDV-Einrichtung) berücksichtigen (Bufalino et al. 2006; Sorbero et al. 2006). Teilweise sind die zusätzlich ausgeschütteten Erlöse recht hoch (Frolich et al. 2007), so wurden im Quality and Outcome Framework-Programm in Großbritannien bis zu 40 000 £ pro niedergelassenem Arzt verteilt (Galvin 2006). Zu klären ist, woher die umverteilten Gelder stammen (Institute of Medicine 2007); so arbeitet das Medicare-Programm mit Einsparungen durch *penalties*, das NHS-Programm in Großbritannien mit zusätzlichen Finanzmitteln (Epstein 2006).

3. Auswahl der Indikatoren:

   In vielen frühen Programmen werden klinische Prozess- und Strukturvariablen verwendet (Rosenthal et al. 2004). In einem systematischen Review verwendeten 13 von 17 Studien Prozessindikatoren (Petersen et al. 2006). Prozessindikatoren haben den Vorteil, dass sie wegen ihrer hohen Reliabilität und wegen der geringeren Anfälligkeit für ein *gaming* (siehe Abschnitt 5.3.2) gut zu verwenden sind, allerdings zu einer Konzentration der Aktivitäten auf diese Parameter führen, wodurch andere Bereiche vernachlässigt werden (mangelnde Validität). Ergebnisindikatoren sind diesbezüglich weniger anfällig, verlangen aber einen hohen Aufwand bzgl. der Risikoadjustierung und stehen auch hinsichtlich der Reliabilität unter Druck (Dokumentationsqualität). Im Endergebnis werden in modernen Programmen immer Prozess- und Ergebnisindikatoren kombiniert, Strukturqualitätsindikatoren treten in den Hintergrund (Cannon 2006). Weiterhin ist eine Kombination von administrativen und klinischen Daten sinnvoll (Bufalino et al. 2006; s. a. Abschnitt 5.2.3.5). Durch die Auswahl der Indikatoren dürfen keine ‚blinden Flecken' entstehen, in denen kein Verbesserungsanreiz gegeben ist (Rosenthal/Dudley 2007). Wichtig ist es, den Dokumentationsaufwand zu berücksichtigen und möglichst die Indikatoren so zu wählen, dass sie in der gegebenen IT-Umgebung ohne zusätzlichen Aufwand zu erheben sind.

4. Spezifizierung der Indikatoren:

   Die Indikatoren müssen hinsichtlich Zähler und Nenner genau beschrieben und definiert sein. Insbesondere ist die Frage zu klären, wie mit *outlier*-Patienten verfahren wird. Im Quality and Outcome Framework Programm in Großbritannien wird Ärzten die Möglichkeit eingeräumt, Patienten mit besonderem Verlauf oder auch besonderem sozioökonomischem Hintergrund vom Programm auszunehmen (*exception reporting*) (Doran et al. 2006; Galvin 2006; Roland 2004).

5. Populations- und systembezogene Qualitätsziele:

   Jede Intervention auf der Ebene der Leistungserbringer hat Auswirkungen auf die Versorgung der Gesamtbevölkerung und die Koordination der Versorgung auf Systemebene. Zu nennen sind im Einzelnen präventive Maßnahmen, übergeordnete Ziele wie Vermeidung von Ungleichheit und Benachteiligung, die Verbesserung der Infrastruktur und der Grad der Integration der Versorgung über die Sektorgrenzen und Organisationen hinweg. Bei der Auswahl der Indikatoren sollten Anreize mit berücksichtigt werden, die diese Ziele umzusetzen helfen (Bufalino et al. 2006; Kindig 2006).

6. Andere Zielparameter:

   Je nach Verständnis und Definition von Qualitäts-bezogener Vergütung können auch finanzielle Ziele mit einfließen (Dudley/Rosenthal 2006). Dieses muss klar herausgestellt und durch entsprechende Effizienzkennzahlen operationalisiert werden (Rosenthal/Dudley 2007).

7. Spezifizierung der Anreize:

   Grundsätzlich existieren drei Möglichkeiten, Qualitäts-bezogene Vergütungsanreize umzusetzen. Zum einen können die Anbieter in den Top-Positionen eines Rankings oder oberhalb eines Grenzwertes belohnt werden (‚absolut Top'), zum anderen kann man den oberen 10 oder 20 % Vergütungsanreize bieten (‚relativ Top'), und außerdem kann man die relative Verbesserung in Bezug auf den individuellen Ausgangswert belohnen (‚relativ Delta') (Cannon 2006; Institute of Medicine 2007 Summary). Die drei Vorgehensweisen haben alle Vor- und Nachteile. Die beiden ‚Top' Optionen laufen Gefahr, immer die gleichen Anbieter zu belohnen, die dadurch immer besser werden und den niedriger gelisteten Anbietern keine Möglichkeit lassen, in die Top-Positionen aufzurücken. Außerdem gibt es die Gefahr einer sozialen Desintegration (s. u.). Andererseits ist dieses Verfahren leistungsbezogen, weil die zusätzliche Vergütung immer wirklich den Besten zukommt. Die ‚relativ Delta'-Option stärkt die Verbesserungswirkung, weil jeder, der sich verbessert, gestärkt und motiviert wird, unabhängig davon, wie die Ausgangssituation aussieht, allerdings werden u. U. niedriger gelistete Anbieter besser vergütet als solche in Top-Positionen (Cannon 2006). Eine hiermit im Zusammenhang stehende Frage betrifft die Art der zusätzlichen Vergütung, es sind absoluter Bonus, absolute Einbehaltung, relative Zahlung (in % der Basisvergütung), relative Abschläge, Sonderzahlungen (*grants*) und Zuweisung von Versicherten (*auto-assignment*) möglich (Frolich et al. 2007; Kuhmerker/Hartman 2007).

8. Kombination mit *public disclosure*: die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (s. Abschnitt 5.3.2) stellt einen nicht-monetären Anreiz dar (Kuhmerker/Hartman 2007). Gerade bei den oben dargestellten ‚Top'-Optionen der Bonusbildung ist die Veröffentlichung der Ranking-Liste eine sinnvolle Ergänzung der finanziellen Anreizbildung. Aber auch bei der Option, die relative Verbesserung zu belohnen, ist die Veröffentlichung der Ranking-Liste sinnvoll, weil dadurch den Top-Anbietern trotz nur noch geringer Verbesserungsmöglichkeit (Lindenauer et al. 2007) die entsprechende Sichtbarkeit geboten wird. Daher wird allgemein die Kombination von Qualitätsdatenveröffentlichung und Qualitäts-bezogener Vergütung empfohlen (Institute of Medicine 2006; JCAHO 2007).

5.3.3.4 Auswirkung auf die Qualität der Versorgung

734. Daten zur Effektivität von Qualitäts-bezogenen finanziellen Anreizen im Gesundheitswesen sind noch nicht sehr umfangreich, wenn man sie mit der Fülle von Untersuchungen vergleicht, die außerhalb des Gesundheitswesens erhoben wurden (Dudley 2005). Die vorliegenden Untersuchungen sind kürzlich von mehreren Autoren ausführlich zusammenfassend dargestellt worden (Frolich et al. 2007; Institute of Medicine 2007; Petersen et al. 2006; Rosenthal/Frank 2006; Sorbero et al. 2006). In der vorliegenden Zusammenfassung und derzeit größ-

ten Darstellung waren 28 Studien zu identifizieren, die zunächst in ihrer Mehrzahl (21/28) ein positives Ergebnis im Sinne einer Wirksamkeit für eine Qualitäts-bezogene Vergütung auf die Qualität der Versorgung ergeben (s. Tabelle 24, s. auch Petersen et al. 2006). Es muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass es nur eine Kosteneffektivitäts-Analyse gibt (Nahra et al. 2006). Andere, meist ältere Arbeiten berichten in einem randomisierten Design über die Auswirkungen der Finanzierungsart (feste Gehälter vs. Einzelleistungsvergütung (Hickson et al. 1987) bzw. Einzelleistungsvergütung vs. Managed Care (Davidson et al. 1992) auf die Leistungserbringung (Zahl von Visiten etc.); diese Studien wurde hier nicht berücksichtigt, da es sich nicht um definierte, gezielt *performance*-orientierte Vergütungsbestandteile handelt.

Beachtenswert ist insbesondere der Befund, dass im Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQIP) der CMS im Medicare-System der USA die Wirkung des *pay for performance* bei gleichzeitigem *public disclosure* deutlich über die Wirkung von *public disclosure* allein hinausgeht (Lindenauer et al. 2007). In der Evaluation des britischen Quality and Outcome Framework (s. o.) war die Wirkung auf das Verhalten der beteiligten Ärzte so groß (84 % erreichten die Qualitätsziele), dass der Finanzrahmen für die zusätzliche Vergütung gesprengt wurde (Doran et al. 2006). Unabhängige Einflussfaktoren für das Erreichen der Ziele waren in dieser Studie der sozioökonomische Status der Patienten, die Anzahl der Patienten, die Größe der Praxis, das Alter des Arztes und vor allem das *exception reporting* (ER, der Ausschluss von Hochrisikopatienten, s. o.), das zwar nur in 6 % der Praxen in Anspruch genommen wurde (allerdings waren 1 % der Praxen für 15 % der ER verantwortlich), jedoch einen starken Einfluss auf den Erfolg hatte (1 % Anstieg in der *exception rate* hatte einen 0,31 % Anstieg der Erfolgsrate zur Folge).

Tabelle 24

Zusammenstellung der Studien zur Wirksamkeit der Qualitäts-bezogenen Bezahlung

Nr.	Erstautor	Endpunkt	Intervention	Design	Wirkung
1	Amudson et al. 2003	Compliance Leitlinie Raucherberatung	P4P plus Feedback	Historischer Vergleich	pos.
2	Armour et al. 2004	Screening kolorektal Ca’s	P4P	Historischer Vergleich	pos.
3	Beaulieu/Horrigan 2005	Diabetes Versorgung	P4P und *academic detailing*	Historischer Vergleich	pos.
4	Casalino et al. 2003	P4P als Einflussfaktor für Compliance Care Management	P4P	Case Control	neg.
5	Christensen et al. 2000	Beratung in Apotheken	P4P	RX	pos.
6	Clark et al. 1995	Psychiatrische Behandlung	P4P	Historischer Vergleich	pos.
7	Doran et al. 2006	Verbesserung in ambulanten Einrichtungen (NHS)	P4P	Historischer Vergleich	pos.
8	Fairbrother et al. 1997	Impfrate, ambulante Pädiatrie	P4P	Historischer Vergleich	pos.
9	Fairbrother et al. 1999	Impfrate, ambulante Pädiatrie	P4P und Feedback	RX	pos.
10	Fairbrother et al. 2001	Impfrate, ambulante Pädiatrie	P4P	RX	pos.
11	Francis et al. 2006	Leitlinien-Compliance Otitis media	P4P, *education*, *profiling*	Historischer Vergleich	pos.

n o c h Tabelle 24

12	Grady et al. 1997	Compliance Leitlinie Mammographie Screening	P4P, *education*, Erinnerung	RX	pos.
13	Greene et al. 2004	Compliance Leitlinie Akute Sinusitis	P4P, *education*, *profiling*	Historischer Vergleich	pos.
14	Grossbart 2006	Qualitätsindikatoren akuter Myokardinfarkt, amb. erworbene Pneumonie, Herzversagen	P4P (HQIP)	Quasi-exp. Vergleich	pos.
15	Hillman et al. 1998	Tumorscreening	P4P und Feedback	RX	neg.
16	Hillman et al. 1999	Prävention in der Pädiatrie	P4P and Feedback	RX (gegen nur Feedback und Kontrolle)	neg.
17	Kouides et al. 1998	Impfung bei älteren Patienten	P4P	RX	pos.
18	Levin-Scherz et al. 2006	Diabetes- und Asthma-Behandlung	P4P	Historischer Vergleich	pos.
19	Lindenauer et al. 2007	HQIP-Indikatoren	P4P	Quasi-exp,	pos.
20	McMenamin et al. 2003	Compliance Raucherentwöhnung	P4P	Case Control	neg.
21	Morrow et al. 1995	Prävention	P4P, Audit, Feedback	Historischer Vergleich	pos.
22	Nahra et al. 2006	3 Indikatoren (Herzinfarkt und Herzinsuffizienz)	P4P	Historischer Vergleich (CEA)	pos.
23	Norton 1992	Qualität und Kosten Pflegeheime	P4P	RX	pos.
24	Pourat et al. 2005	Leitlinien-gerechte Behandlung von *sexually transmitted diseases*	P4P	Quasi-exp. Vergleich	gemischt
25	Roland 2004	Amb. Versorgung, NHS, zahlreiche Indikatoren	P4P	Historischer Vergleich	pos.
26	Rosenthal et al. 2005	Screening Cervix-Ca, Mammographie, HbA1c	P4P	Quasi-exp. Vergleich	gemischt
27	Roski et al. 2003	Compliance Leitlinie Raucherentwöhnung	P4P +/- Erinnerung	RX	gemischt
28	Safran et al. 2000	Erfolg von Health Plans	P4P	Case Control	pos.

RX = randomisiertes Studiendesign
quasi-exp. = quasiexperimentelles Studiendesign
Pos. = P4P Intervention wirksamer als Kontrolle
neg. = P4P Intervention nicht wirksamer als Kontrolle
HQIP = Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project.
Quelle: Eigene Darstellung

735. Ähnlich wie bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten gibt es außerdem Untersuchungen zu den Einstellungen von Leistungserbringern zu P4P-Programmen, auf die hier aber nicht näher eingegangen wird (Kuhmerker/Hartman 2007; Meterko et al. 2006). Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass es eine weitverbreitete Skepsis gegen Indikatoren-gestützte Anreize gibt (Lee et al. 2004), die *pay for performance* Programme aber eine deutlich bessere Akzeptanz haben als die *public disclosure* Programme (Casalino et al. 2007).

736. In Anlehnung an Rosenthal et al. (2004) sollen die vorliegenden Studien hier kurz nach für die Wirksamkeitsbeurteilung verwendetem Endpunkt, nach der Art der Intervention (einfach vs. komplex) und nach Studiendesign dargestellt werden. Die meisten Studien untersuchen die Wirkung der Qualitäts-bezogenen Vergütung in Bezug auf Endpunkte, die aus einzelnen Qualitätsparametern bestehen, wie z. B.

- das Einhalten der Leitlinien zur Raucherentwöhnung (Amundson et al. 2003; McMenamin et al. 2003; Roski et al. 2003),
- das Screening auf kolorektale Karzinome (Armour et al. 2004),
- das Mammographie-Screening (Grady et al. 1997),
- Tumorscreening (Hillman et al. 1998; Rosenthal et al. 2005),
- die Durchführung von Impfprogrammen (Fairbrother et al. 1997; Fairbrother et al. 1999; Fairbrother et al. 2001; Hillman et al. 1999; Kouides et al. 1998),
- Beratung in der Apotheke (Christensen et al. 2000),
- ambulante psychiatrische Versorgung im *in-community* Design (Clark et al. 1995),
- die leitlinengerechte Behandlung der Otitis media (Francis et al. 2006), der Sinusitis (Greene et al. 2004),
- leitliniengerechte Behandlung des Diabetes mellitus (Beaulieu/Horrigan 2005),
- leitliniengerechte Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen (Pourat et al. 2005),
- Compliance zur leitliniengerechten Therapie von akutem Herzinfarkt und Herzinsuffizienz (Nahra et al. 2006).

Eine geringere Zahl von 9 Studien bezieht sich auf komplexe Endpunkte:

- die Behandlung von Diabetes- und Asthma-Patienten (Levin-Scherz et al. 2006),
- die HQIP-Indikatoren (Lindenauer et al. 2007) zum akuten Myokardinfarkt, zum Herzversagen und zur ambulant erworbenen Pneumonie,
- zur Qualität der ambulanten Versorgung im NHS (Roland 2004),
- Qualität der Versorgung in Pflegeheimen (Norton 1992),
- zu gemischten Präventionsprogrammen (Rosenthal et al. 2005),
- allgemein die Beteiligung an Präventionsmaßnahmen (Hillman et al. 1999; Morrow et al. 1995),
- die Erfolgsfaktoren von Health Plans (Safran et al. 2000) und
- die leitliniengerechte Behandlung i.R. eines Care Managements (Casalino et al. 2003).

Fünfzehn von 19 Studien mit einzelnen Endpunkten zeigten einen Erfolg, verglichen mit 6/9 Studien mit komplexen Endpunkten.

737. Das zweite Charakteristikum, nach dem die Studien zu systematisieren sind, ist die Art der Intervention, insbesondere die Frage, ob es sich um finanzielle Anreize allein oder um multivalente Interventionen handelt. P4P allein wurde in 18 Studien untersucht (Armour et al. 2004; Casalino et al. 2003; Christensen et al. 2000; Clark et al. 1995; Doran et al. 2006; Fairbrother et al. 1997; Fairbrother et al. 2001; Grossbart 2006; Kouides et al. 1998; Levin-Scherz et al. 2006; Lindenauer et al. 2007; McMenamin et al. 2003; Nahra et al. 2006; Norton 1992; Pourat et al. 2005; Roland 2004; Rosenthal et al. 2005; Safran et al. 2000), 14 von 18 dieser Studien zeigten einen Erfolg der Intervention. Mehrere Studien untersuchen *pay for performance* im Kontext mit anderen Interventionen wie Peer Review (Morrow et al. 1995), *education* (Francis et al. 2006; Grady et al. 1997; Greene et al. 2004), *academic detailing* (Beaulieu/Horrigan 2005), Erinnerung (Grady et al. 1997; Roski 2003), Feedback (Amudson et al. 2003; Fairbrother et al. 1999; Grady et al. 1997; Hillman et al. 1998; Hillman et al. 1999; Morrow et al. 1995), Audit (Morrow et al. 1995) und *profiling* (Francis et al. 2006; Greene et al. 2004). Sieben dieser zehn Studien zeigen positive Ergebnisse, wobei die Wirksamkeit der Einzelintervention nur schlecht zu isolieren ist.

738. Ein entscheidende Rolle spielt natürlich das Studiendesign der Evaluationsstudie (Sorbero et al. 2006), insbesondere die Frage, ob methodisch höherwertige Studien ein anderes Ergebnis zeigen als Studien eines einfachen methodischen Zuschnitts. Es sollen hier vier Gruppen miteinander verglichen werden, randomisierte Studien (n=9), Studien mit quasi-experimentellem Design (n=4), Case-Control Studien (n=3) und historische kontrollierte Studien (n=12):

- Randomisierte Studien: Nur 9/28 Studien wiesen ein randomisiertes Design auf (Christensen et al. 2000; Fairbrother et al. 1999; Fairbrother et al. 2001; Grady et al. 1997; Hillman et al. 1998; Hillman et al. 1999; Kouides et al. 1998; Norton 1992; Roski et al. 2003), von denen sechs ein positives Ergebnis erbrachten (Christensen et al. 2000; Fairbrother et al. 2001; Grady et al. 1997; Kouides et al. 1998; Norton 1992), zwei ein negatives (Hillman et al. 1998; Hillman et al. 1999) und eine Studie (Roski et al. 2003) ein gemischtes Ergebnis.
- Vier Studien wiesen ein quasi-experimentelles Design auf (Grossbart 2006; Lindenauer et al. 2007; Pourat et al. 2005; Rosenthal et al. 2005), wovon zwei Studien ein positives (Grossbart 2006; Lindenauer et al. 2007) und zwei Studien (Pourat et al. 2005; Rosenthal et al. 2005) ein gemischtes Ergebnis erbrachte.
- Drei Studien hatten ein Case-Control Design (Casalino et al. 2003; McMenamin et al. 2003; Safran et al. 2000), von denen eine ein positives (Safran et al. 2000) und zwei ein negatives Ergebnis erbrachten.
- Zwölf Studien waren Kohortenstudien mit historischem Vergleich (Amudson et al. 2003; Armour et al. 2004; Beaulieu/Horrigan 2005; Clark et al. 1995; Doran et al. 2006; Fairbrother et al. 1997; Francis et al. 2006; Greene et al. 2004; Levin-Scherz et al. 2006; Morrow et al. 1995; Nahra et al. 2006; Roland 2004). Alle diese zeigten einen positiven Effekt der Intervention.

739. Die vorliegende Analyse auf der Basis von 28 eingeschlossenen Studien zeigt zunächst ähnlich wie in den anderen Reviews ein gemischtes Bild (Frolich et al. 2007; Institute of Medicine 2007; Petersen et al. 2006; Rosenthal/Frank 2006; Sorbero et al. 2006). Die Mehrzahl der Studien (21/28) weisen einen positiven Effekt aus, unabhängig davon ob einfache (15/19) oder komplexe (6/9) Endpunkte gewählt werden, unabhängig davon ob als Intervention nur P4P (14/18) oder komplexe (7/10) Vorgehensweisen eingesetzt wurden, und weitgehend unabhängig vom Studiendesign. Auffällig ist lediglich, dass alle historisch kontrollierten Studien (12/12) eine positive Wirkung der Qualitäts-bezogenen Vergütung zeigen, gegenüber nur 9/16 Studien mit höherwertigem Design (6/9 randomisierten Studien, 2/4 Studien mit quasi-experimentellem Design und 1/3 Case Control Studien). Von den sieben Studien, die kein positives Ergebnis zeigten, wiesen drei ein gemischtes und vier ein negatives Ergebnis auf. Obwohl Schlussfolgerungen wegen der kleinen Zahl von Studien nur mit Vorsicht zu ziehen sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass die historisch kontrollierten Studien den Effekt von P4P überschätzen (Sorbero et al. 2006). Aber selbst unter dieser Einschränkung bleibt festzuhalten, dass in der Mehrzahl der Studien eine Wirksamkeit zu zeigen war, sowohl in Bezug auf die Gesamtheit der Studien als auch in Bezug auf die Studien mit höherwertigem Studiendesign.

5.3.3.5 Erfolgsfaktoren und Vorgehen

740. Erfolgsfaktoren und Empfehlungen zur Vorgehensweise sind in den letzten Monaten wiederholt und im großen und ganzen übereinstimmend publiziert worden (Dudley/Rosenthal 2006; Fisher 2006; JCAHO 2007; Sorbero 2006). Kurz zusammengefasst handelt es sich um folgende Aspekte:

- Programme mit Qualitäts-bezogener Vergütung sind kein ‚Allheilmittel' zur Behebung von Qualitätsdefiziten und Ineffizienz, sondern müssen gezielt, wohlüberlegt und in Übereinstimmung mit anderen gleich ausgerichteten Maßnahmen implementiert werden (*multi-dimensional set*) (Sorbero et al. 2006).
- Entscheidend ist die Einbeziehung der Ärzte und der anderen Berufsgruppen, sowohl bei der Planung, der organisatorischen Umsetzung als auch bei der wissenschaftlichen Begleitung.
- Die Gesundheitsversorgung ist in hohem Maße regional organisiert, so dass auf die Anpassung der Programme auf die regionalen Besonderheiten Wert zu legen ist. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die Homogenität der Versorgung und die Marktmacht der Anbieter bzw. Kostenträger (Dudley/Rosenthal 2006).
- Die kontinuierliche Evaluation der Programme ist wichtig, nichts überzeugt so sehr wie der Erfolg. Daher ist es sinnvoll, mit übersichtlichen Programmen zu starten, deren Erfolg rasch nachgewiesen werden kann. In diesem Zusammenhang ist auf die Notwendigkeit der Pilotierung zu verweisen.
- Die organisatorische Umsetzung, der Datenzugang und die EDV-Ausstattung ist von Beginn an ein kritischer Faktor und muss auch bei der finanziellen Planung mit einbezogen werden (Dudley/Rosenthal 2006).
- Die Validität, Reliabilität und Risiko-Adjustierung der Daten ist entscheidend.
- Die Kombination mit nicht-finanziellen Anreizen (z. B. *public disclosure*) ist anzuraten (JCAHO 2007).

5.3.3.6 Unerwünschte Auswirkungen

741. Unerwünschte Auswirkungen können zum einen durch eine ungenaue Validierung und Risikoadjustierung der verwendeten Indikatoren, zum anderen durch Fehlanreize verursacht werden, die ihrerseits eine der Versorgung bedingen (Birkmeyer/Birkmeyer 2006). Der erste Punkt ist bereits ausführlich in Abschnitt 5.3.2) angesprochen worden. Kleinere Krankenhäuser haben z. B. eine größere Anfälligkeit ihrer Qualitätsdaten für Einzelfälle (*outlier*) und können daher tendenziell benachteiligt werden (Davidson et al. 2007; Gregg et al. 2006). Weiterhin spielt der Ausschluss von Patienten durch Manipulation oder *exception rules* eine Rolle, da hierdurch der Bezug

im Nenner der Indikatoren verfälscht wird (Doran et al. 2006; Galvin 2006).

742. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen aber Auswirkungen, die bei prinzipiell funktionierendem Vergütungssystem, das in Teilen auf Qualitätsindikatoren aufgebaut ist, zu beobachten sind (Petersen et al. 2006). Diese Diskussion konzentriert sich auf drei Fragen:

– Verschlechtert sich die Motivation und Patientenorientierung der behandelnden Ärzte?

– Verschlechtert sich die Versorgung, weil die Anreize zur Qualitätsverbesserung ausblieben bzw. sich ins Gegensteil verkehren?

– Verstärkt sich die Ungleichheit der Versorgung durch P4P-Programme, so dass die Forderung z. B. des Institute of Medicine nach Sicherheit, Wirksamkeit im Alltag, Patientenorientierung, Zeitnähe, Effizienz und *equity* (Gleichheit) verletzt wäre (Corrigan et al. 2001)?

Die Motivation der Ärzte kann dann leiden, wenn sie zunehmend Leistungen nur dann oder nur unter dem Gesichtspunkt erbringen, dass sie im Rahmen der Qualitäts-bezogenen Vergütung gesondert bezahlt werden (Bufalino et al. 2006). Unabhängig davon, inwieweit eine Abhängigkeit von finanziellen Überlegungen nicht auch außerhalb von solchen Programmen zu beobachten ist, kann grundsätzlich nicht außer acht gelassen werden, dass externe Anreize die Bedeutung der internen Motivation schwächen können (Frolich et al. 2007; Galvin 2006). Hinzu kommen Befürchtungen über eine starke bürokratische Belastung (Bufalino et al. 2006) und Zuständigkeitsprobleme, denn bei einer Behandlung durch mehrere Ärzte ist die Verantwortung für das Erfüllen der Qualitätsindikatoren nicht eindeutig zuzuordnen (Cannon 2006).

Eine Verschlechterung der Versorgung kann auftreten, wenn die Anreize zur Qualitätsverbesserung nicht zur Wirkung kommen oder durch unerwünschte Effekte konterkariert werden, die die positiven Auswirkungen an anderer Stelle aufwiegen. Hier ist in erster Linie an einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen zu denken, wenn Ärzte und Krankenhäuser die Behandlung von Patienten ablehnen, weil sie Nachteile bezüglich der Vergütung befürchten. Dies gilt im Sinne einer negativen Risikoselektion insbesondere für *high-risk* Patienten oder Patienten mit vermuteter schlechter Compliance (Institute of Medicine 2007). Während für die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public dislosure*) diese Fragestellung ausführlich untersucht ist (s. Abschnitt 5.3.2), liegen für eine Risikoselektion unter der Qualitäts-bezogenen Vergütung kaum Untersuchungen vor, die dieses Phänomen nachweisen oder dessen Existenz widerlegen können. In einer Untersuchung von Drogenberatungsstellen unter P4P Verträgen konnte eine Risikoselektion nachgewiesen werden (Shen 2003). Weiterhin ist es möglich, dass die Aufmerksamkeit und die Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung auf die getesteten Werte/Untersuchungen konzentriert werden, wodurch andere keine entsprechende Beachtung finden, so dass es zur ‚Kosmetik' von bestimmten Indikatoren kommt und sich die Gesamtversorgung nicht verbessert (Aron/Pogach 2007).

Die dritte Gruppe von möglichen Nebeneffekten betrifft die Benachteiligung von Patienten, die bereits einer vulnerablen Patientengruppe angehören. Hierzu gehören auch Effekte, die bei grundsätzlich funktionierendem P4P System bestimmte Gruppen von diesen positiven Auswirkungen ausschließen. Nach einer aktuellen Übersicht von kommen folgende Situationen in Frage (Casalino/Elster 2007) :

– der Effekt bei Patienten aus niedrigen Einkommensgruppen ist geringer (Casalino/Elster 2007; Doran et al. 2006),

– ethnische Minderheiten werden benachteiligt (Armour et al. 2004; Casalino/Elster 2007),

– Patienten mit chronischen und multiplen Erkrankungen können bei Leitlinien-gerechter Behandlung dann Nachteile erleiden, wenn eine Leitlinienkonformität der Behandlung erzwungen wird, um die finanziellen Vergütungsbestandteile nicht zu gefährden, es aber für den Patienten besser wäre, in der Behandlung wegen seiner Multimorbidität Kompromisse zu machen, damit er z. B. nicht zu viele Medikamente gleichzeitig erhält (Cannon 2006). Das betrifft v. a. Medicare-Patienten (Cannon 2006).

5.3.3.7 Zwischenfazit und Empfehlungen

743. Die Qualitäts-bezogene Vergütung (*pay for performance*, P4P) gehört zu den Konzepten, die mittels externer Anreize eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) handelt es sich um finanzielle und nicht um immaterielle Anreize, beide Formen können sich aber gegenseitig unterstützen und werden auch häufig gemeinsam eingesetzt. Die Entwicklung von P4P Programmen wurde in den letzten Jahren vor allem in den USA und in Großbritannien vorangetrieben, die Diskussion hat jetzt aber auch Deutschland erreicht.

Die Definition der Qualitäts-bezogenen Vergütung geht in erster Annäherung davon aus, dass es sich um ein Finanzierungskonzept handelt, bei dem nicht nur Mengenaspekte berücksichtigt werden, sondern die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht. In der internationalen Diskussion ist weitergehend der Begriff des *value of care* in Verwendung, um zu beschreiben, dass auch der Wert der Behandlung und somit Effizienzgesichtspunkte eine Rolle spielen. Eine entsprechende Definition lautet „*any type of performance based provider payment arrangements including those that target on cost measures*" (Dudley/Rosenthal 2006: 1), so dass im Deutschen der Begriff ‚Ziel-bezogene Vergütung' als Alternative zur

hier verwendeten Bezeichnung ‚Qualitäts-bezogene Vergütung' zu diskutieren wäre, falls man sich der letzteren Definition anschließen wollte.

744. Das Konzept der Qualitäts-bezogenen Vergütung hat seinen Ursprung einerseits in der Evidenz-basierten Medizin, andererseits in der ökonomischen und Organisationstheorie sowie den Verhaltenswissenschaften. Der Zugang über die Evidenz-basierte Medizin stellt sich über wissenschaftlich abgeleitete Behandlungsleitlinien her, thematisiert die hohe Varianz der Versorgung und bezieht sich auf das Ziel, die Varianz zu reduzieren. Der Zugang über die Ökonomie und Organisationstheorie sowie die Verhaltenswissenschaften geht u. a. auf das Konzept der Motivation zurück, das im Kontext der Gesundheitsversorgung seit 15 Jahren große Beachtung findet. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens wird diesem Konzept ein hoher Komplexizitätsgrad zugesprochen: Anreize wie Qualitätsberichterstattung und Qualitäts-bezogene Vergütung richten sich auf die externe Motivation, wobei diese nicht mit den Elementen der internen Motivation wie Professionalismus, ethischen Einstellungen und Altruismus in Konflikt kommen sollte.

745. Die international gängigen Modelle der Qualitäts-bezogenen Vergütung sind in ihrer Struktur und Anreizbildung außerordentlich vielfältig. Zum einen können einzelne Ärzte oder Organisationen angesprochen werden, wobei dann in der Umsetzung ganz unterschiedliche Mechanismen zugrunde liegen. Zum anderen ist die Höhe der zusätzlichen Vergütung, die Einbeziehung von Effizienzkennzahlen, die Auswahl der Indikatoren (Ergebnis- vs. Prozessindikatoren, Routine- vs. klinische Daten) und die Kombination mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu klären, insbesondere aber auch die genaue Spezifizierung der Anreize. Hier handelt es sich um die Frage, ob die besten (‚Top') oder die sich am stärksten verbessernden Leistungsanbieter zusätzlich vergütet werden, und ob Zuschläge, Abschläge oder Sonderzahlungen bzw. eine Kombination dieser Vergütungsformen verwendet werden. Durch die Auswahl der Indikatoren darf kein ‚blinder Fleck' entstehen, also Bereiche, die von den Indikatoren nicht erfasst werden und daher von der postulierten Qualitätsverbesserung ausgeschlossen werden.

746. Die vorliegende Analyse auf der Basis von 28 eingeschlossenen Studien zeigt zunächst ähnlich wie in den anderen Reviews ein gemischtes Bild (Frolich et al. 2007; Institute of Medicine 2007; Petersen et al. 2006; Rosenthal/Frank 2006; Sorbero et al. 2006). Die Mehrzahl der Studien (21/28) weist einen positiven Effekt aus, unabhängig davon ob einfache (15/19) oder komplexe (6/9) Endpunkte gewählt werden, unabhängig davon, ob als Intervention nur P4P (14/18) oder komplexe (7/10) Vorgehensweisen eingesetzt wurden, und weitgehend unabhängig vom Studiendesign. Auffällig ist lediglich, dass alle historisch kontrollierten Studien (12/12) eine positive Wirkung der Qualitäts-bezogenen Vergütung zeigen, gegenüber nur 9/16 Studien mit höherwertigem Design (6/9 randomisierten Studien, 2/4 Studien mit quasi-experimentellem Design und 1/3 Case Control Studien). Von den sieben Studien, die kein positives Ergebnis zeigten, wiesen drei ein gemischtes und vier ein negatives Ergebnis auf. Obwohl Schlussfolgerungen wegen der kleinen Zahl von Studien nur mit Vorsicht zu ziehen sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass die historisch kontrollierten Studien den Effekt von P4P überschätzen (Sorbero et al. 2006). Aber selbst unter dieser Einschränkung bleibt festzuhalten, dass in der Mehrzahl der Studien eine Wirksamkeit zu zeigen war, sowohl in Bezug auf die Gesamtheit der Studien als auch in Bezug auf die Studien mit höherwertigem Studiendesign.

747. Unerwünschte Auswirkungen können zum einen durch eine ungenaue Validierung und Risikoadjustierung der verwendeten Indikatoren, zum anderen durch Fehlanreize verursacht werden, die ihrerseits eine Verschlechterung der Versorgung bedingen. Der erste Punkt ist bereits ausführlich in Abschnitt 5.3.2) angesprochen worden. Kleinere Krankenhäuser haben z. B. eine größere Anfälligkeit ihrer Qualitätsdaten für Einzelfälle (*outlier*) und können daher tendenziell benachteiligt werden (Davidson et al. 2007; Gregg et al. 2006). Weiterhin spielt der Ausschluss von Patienten durch Manipulation oder *exception rules* eine Rolle, da hierdurch der Bezug im Nenner der Indikatoren verfälscht wird (Doran et al. 2006; Galvin 2006).

748. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen aber Auswirkungen, die bei prinzipiell funktionierendem Vergütungssystem, das in Teilen auf Qualitätsindikatoren aufgebaut ist, zu beobachten sind (Petersen et al. 2006). Diese Diskussion konzentriert sich auf die Motivation der Ärzte, die Gefahr von Fehlanreizen und die Verstärkung von Ungleichheit. Grundsätzlich ist eine Schwächung der internen Motivation durch externe Motivation nicht auszuschließen, insbesondere wenn Bürokratisierung und Zuständigkeitsprobleme befürchtet werden, es lässt sich ein solcher Effekt jedoch nicht empirisch nachweisen. Die Qualitäts-bezogene Vergütung wird deutlich besser beurteilt als z. B. die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten. Fehlanreize können bei Indikatoren-gestützen Anreizsystemen immer auftreten, insbesondere hinsichtlich kleiner Krankenhäuser und bei mangelnder Risikoadjustierung. Empirisch läßt sich eine Risikoselektion nur ausnahmsweise nachweisen. Allerdings gibt es Befunde, die die Gefahr einer Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen andeuten, vor allem Patienten mit niedrigem Einkommen, ethnische Minderheiten und Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen (Casalino/Elster 2007). Gerade die letzte Gruppe verdient Beachtung, da die Anreizsysteme dazu führen könnten, dass jede einzelne der Erkrankungen zwar formal leitliniengerecht behandelt wird, um die zusätzliche Vergütung zu realisieren, die notwendige Anpassung der Behandlung, die durch die Multimorbidität notwendig wird, jedoch unterlassen wird (Cannon 2006).

749. In Abwägung der wissenschaftlichen Ergebnisse zur Wirksamkeit der Qualitäts-bezogenen Vergütung und der möglichen negativen Auswirkungen empfiehlt der

Rat die schrittweise Einführung von Elementen dieser Vergütungsform mit Pilotierung und intensiver Evaluation. Um klarzustellen, dass es in erster Linie um die Qualität der Versorgung geht, ist der Begriff „Qualitätsbezogene Vergütung“ vorzuziehen. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

1. Die Berufe des Gesundheitswesens, insbesondere die Ärzte, sind in die Entwicklung, die Umsetzung und die Evaluation von Konzepten zur Qualitäts-bezogenen Vergütung mit einzubeziehen. Es muss ein Widerspruch zum Professionalismus und anderen Elementen der internen Motivation vermieden werden.

2. Gesundheitsversorgung ist regional organisiert. Daher ist die Einbettung von Konzepten der Qualitäts-bezogenen Vergütung in die regionalen Versorgungsstrukturen sinnvoll und wichtig. Projekte sollten anfangs klein und überschaubar sein, um rasch Erfolge nachweisen und Fehler korrigieren zu können.

3. Die Vergütungsanreize sollten sich wegen der großen Bedeutung von Systemfaktoren in erster Linie an Organisationen und nicht einzelne Ärzte richten. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist es zwar nicht zu vermeiden, auch einzelne Ärzte anzusprechen, die Einbeziehung von Ärztenetzen, Verbünden und anderen organisatorischen Konstruktionen ist jedoch vorzuziehen.

4. Die Vergütungsanreize sollten regelhaft mit anderen Anreizen und Methoden kombiniert werden, vor allem mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*), aber auch mit Feedback-Verfahren, *academic detailing* etc. Es bietet sich die Kombination mit der Sicherstellung als Bestandteil der Krankenhausplanung (s. Unterkapitel 4.3), die Einbeziehung in Zertifizierungskonzepte und die Ausgestaltung der ‚neuen Versorgungsformen‘ an.

5. Die verwendeten Indikatoren sollten eine Kombination von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit einzelnen Strukturindikatoren und eine sinnvolle Kombination von Routine- und klinischen Daten enthalten. Die Aufnahme von Effizienzkriterien ist grundsätzlich möglich und sinnvoll. Die Indikatoren müssen regelmäßig geändert werden (Rotation), um den Verbesserungsanreiz für die Gesamtbehandlung zu erhalten. Es muss darauf geachtet werden, dass keine ‚blinden Flecken‘ entstehen, die wegen fehlender Indikatoren von den Verbesserungspotentialen ausgeschlossen wären. Die Indikatoren müssen gut spezifiziert und machbar sein, ein *exception reporting* mit Ausschluss von ‚komplizierten Fällen‘ ist nicht zu empfehlen, weil die Vergleichbarkeit deutlich eingeschränkt wird.

6. Neben Leistungserbringer-bezogenen Zielen sollten in den Konzepten zur Qualitäts-bezogenen Vergütung immer auch populationsbezogene Ziele mit eingeschlossen werden (z. B. transsektorale Koordination, s. auch *area*-Indikatoren s. Abschnitt 4.3.1.2).

7. Der Gefahr einer Risikoselektion und der Benachteiligung vulnerabler Gruppen, insbesondere aber einer Verschlechterung der Versorgung multimorbider chronisch erkrankter Patienten ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es müssen in den Projekten erkennbare Ansätze enthalten sein, wie diesen unerwünschten Auswirkungen entgegengewirkt wird.

8. Offensichtlich spielt die Höhe der Vergütung keine entscheidende Rolle, muss aber Investitions- und Opportunitätskosten kompensieren. Wegen des breiteren Verbesserungsanreizes hält es der Rat für sinnvoll, den Nachweis einer relativen Verbesserung in Bezug auf den individuellen Ausgangspunkt des Leistungserbringers zum Gegenstand des Anreizsystems zu machen. Die ‚top‘-Leistungserbringer werden über das parallele *public disclosure* aufgewertet.

9. Die organisatorische Umsetzung, der Datenzugang und die EDV-Ausstattung sind von Beginn an kritische Faktoren und müssen in die finanzielle Planung angemessen mit einbezogen werden.

750. Die Konzepte und Projekte zur Qualitäts-bezogenen Vergütung müssen effektiv, zeitnah und kritisch evaluiert werden. Es besteht nicht nur die Notwendigkeit, die international gemachten Erfahrungen auf die deutschen Verhältnisse anzupassen, sondern das Konzept muss hinsichtlich einer großen Zahl von offenen Fragen weiterentwickelt werden. Dieser Entwicklungsbedarf reicht von der Identifikation und Spezifikation adäquater Indikatoren über die Klärung von Fragen in der Umsetzung (Höhe des finanziellen Anreizes, Dauer der Intervention, Zusammenwirken mit anderen Anreizen, Adressat des Anreizes, relative Verbesserung versus absolute Position) zur Etablierung von Instrumenten zur Vermeidung von unerwünschten Nebeneffekten. Der Rat sieht hier eine vordringliche Aufgabe der Versorgungsforschung (Bufalino et al. 2006; Frolich et al. 2007; Petersen et al. 2006).

5.4 Fazit und Empfehlungen

751. Zunehmend werden Nutzenaspekte diskutiert, die über den Nachweis der absoluten Wirksamkeit hinaus Patienten- und gesellschaftliche Präferenzen thematisieren und bislang noch nicht für transparente Diskussionen und Entscheidungen aufgearbeitet wurden. Diese Aspekte werden als Bestandteil des objektiven Bedarfs unter dem Begriff der Angemessenheit zusammengefaßt. Für den Nettonutzen von Verfahren und in der Wahrnehmung der Patienten kommt gerade der Patientensicherheit und ihrer Darstellung eine vorrangige Bedeutung zu. Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) müssen in Qualitätsindikatoren-Sets integriert werden. Die ‚fachlich unabhängige Institution‘ nach § 137a SGB V hat durch das GKV-WSG den Auftrag erhalten, Indikatoren mit transsektoralem Schwerpunkt zu entwickeln, so dass die Rolle der Patientensicherheits-Indikatoren spezifiziert werden muss. Besonders im Zusammenhang mit Patientensicherheit wird

von den Leistungsanbietern verstärkt Verantwortung gefordert, so dass es geboten erscheint, die Diskussion um das Konzept der *accountability* aufzunehmen. Um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern, werden vermehrt externe Anreize diskutiert, die von Ranglisten bis zu zusätzlichen, leistungsbezogenen Vergütungsbestandteilen reichen. Die internationale Studienlage zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) und stärker noch zur Qualitäts-bezogenen Vergütung (*pay for performance, P4P*) weisen eine Tendenz zur Qualitätsverbesserung nach und müssen kritisch auf deren Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft werden.

Angemessenheit als Bestandteil des Nutzens von Gesundheitsleistungen

752. Der Rat fasst den Begriff Angemessenheit unter das in den Vorgutachten (GA 2000/2001, Ziffer 21ff.) ausführlich dargestellte Konzept von Bedarf und Nutzen. Der objektive Bedarf erfordert den Nachweis des positiven gesundheitlichen und ökonomischen Nettonutzens bei gegebener individueller bzw. gesellschaftlicher Akzeptanz. Diese konnte allerdings bislang nicht hinreichend operationalisiert werden, so dass bei Allokationsentscheidungen eine Vermischung der Entscheidungsebenen entstand. Das Konzept der Angemessenheit beschreibt die außerhalb der absoluten Wirksamkeit (*efficacy*) liegenden Nutzenaspekte, beginnend von der Kosteneffektivität über die gesellschaftliche Akzeptanz (z. B. Legitimität, ethische und kulturelle Grundhaltungen) bis hin zu den Präferenzen der Patienten und den patientenbezogenen Endpunkten (*patient-reported outcomes, PRO*) und macht auf diese Weise die Determinanten der relativen Wirksamkeit (*effectiveness*) deutlich. Absolute Wirksamkeit und Angemessenheit gelten beide als notwendige Bedingungen für den Nutzen eines Verfahrens, sind jedoch nicht gegenseitig substituierbar; insbesondere kann eine gegebene Angemessenheit einen fehlenden Nachweis der absoluten Wirksamkeit nicht ersetzen.

753. Das Konzept der Angemessenheit hat wichtige Implikationen für das Verständnis der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung beschreibt die Umsetzungsbedingungen von der absoluten zur relativen Wirksamkeit im Alltag und hat daher Angemessenheit als zentralen Forschungsgegenstand. Die Versorgungsforschung hat in den nächsten Jahren die Aufgabe, Methodenstandards für die inter- und multidisziplinären Fragestellungen zu erarbeiten, die das Konzept der Angemessenheit bilden, analog zur Rolle der Evidenz-basierten Medizin in der klinisch-evaluativen Forschung mit klinischen, kontrollierten Studien.

754. Das Gutachten macht in der Folge einen Vorschlag, wie Angemessenheit auf den unterschiedlichen Systemebenen (u. a. Gesundheitssystem, Institutionen, Patienten) abgebildet werden kann, und gibt eine Übersicht über die Entscheidungssituationen, bei denen die Angemessenheit von Leistungen und Verfahren eine Rolle spielt. Parameter und Indikatoren für Angemessenheit sind häufig sozialwissenschaftlich oder ökonomisch ausgerichtet (z. B. Befragungen) und nutzen Daten aus Registern, Geschäftsberichten und Gerichtsverfahren. In der Unterstützung von Allokationsentscheidungen können Daten zur Angemessenheit von Verfahren z. B. vom Gemeinsamen Bundesausschuss – die Validität der Methoden vorausgesetzt – benutzt werden, um Verfahren über die Fragen der *efficacy* hinaus zu evaluieren und Hemmnisse oder fördernde Faktoren der Umsetzung einzuschätzen. Genauso können aber Kostenträger, Leistungsanbieter und Hersteller von Arzneimitteln oder Medikalprodukten die Marktchancen ihrer Produkte sehr viel besser beurteilen, wenn sie neben der absoluten Wirksamkeit auch die Umsetzungschancen im Alltag belastbar vorhersehen können. Eine umfangreichere Auseinandersetzung mit dem Konzept der Angemessenheit ist auch notwendig, um den Innovationszyklus im biomedizinischen Bereich über die Grundlagenforschung, die transnationale und klinisch-evaluative Forschung hinaus in die Beschreibung und Erforschung der Umsetzungsbedingungen fortzuschreiben.

Patientensicherheits-Indikatoren sind Qualitätsindikatoren von zentraler Bedeutung

755. Ein wesentlicher Aspekt des Nutzenbegriffes besteht in der Thematik Patientensicherheit. Unter Bezugnahme auf das Gutachten 2003 wird hinsichtlich der Nomenklatur der Begriff des unerwünschten Ereignisses (UE) in den Mittelpunkt gestellt, der dem englischsprachigen Begriff *adverse event* entspricht und behandlungsbezogene negative Ergebnisse bezeichnet. Vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE; *preventable adverse events*) sind entsprechend solche UE, die auf einen Fehler zurückgehen und dem epidemiologischen Begriff des Schadens gleichzusetzen sind.

756. Zur Häufigkeit von unerwünschten, vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Behandlungsfehlern (*negligent adverse event*) sowie zur Sterblichkeit wird auf die Arbeiten des Aktionsbündnis Patientensicherheit zurückgegriffen. In einem systematischen Review, der auf der Basis von mehr als 25.000 Studien 184 Studien identifizierte, die zur Häufigkeit Auskunft geben (davon 51 Studien auch zur Mortalität), ergab sich eine Häufigkeit von UE zwischen 5 und 10 % aller Krankenhauspatienten, von VUE zwischen 2 und 4 %, von Behandlungsfehlern von 1 % und eine VUE-bedingte Sterblichkeit im Krankenhaus von 0,1 %. Nach einer speziellen Auswertung zum Einflussfaktor Geschlecht scheint ein erhöhtes Risiko für Patientinnen vorzuliegen. Wenn man bedenkt, dass allein nosokomiale Infektionen in Deutschland bereits bei 3 -4 % aller Patienten Krankenhausinfektionen auftreten, und wenn man die Streuung der eingeschlossenen Studien berücksichtigt, kann festgehalten werden, dass diese Angaben zur Häufigkeit die Tragweite des Problems mit Sicherheit nicht überschätzen. Es existieren indirekte Hinweise darauf, dass

die Validität der Studien ausreichend ist; denn die Streuung der Ergebnisse mit zunehmendem Stichprobenumfang nimmt ab. Es konnte ausgeschlossen werden, dass diese Abnahme der Streuung ausschließlich auf die Anwendung unterschiedlicher Erhebungsmethoden bei großem Stichprobenumfang zurückgeht.

Eine Mortalität von 0,1 % entspricht bei 17 Mio. Krankenhauspatienten etwa 17 000 auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückgehende Todesfälle in Deutschland. Diese Zahl, die eine Größenordnung angibt, ist gleichwohl mehr als dreimal höher als die aktuelle Zahl der Verkehrstoten und zeigt, wie wichtig die weitere konzentrierte und konzertierte Arbeit an Präventionsprogrammen ist. Alarmismus ist nicht gefragt, andererseits muss die Größenordnung des Problems allen Beteiligten klar vor Augen stehen, damit die Dringlichkeit nicht unterschätzt wird.

757. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit entspricht sinngemäß der Forderung des Sachverständigenrates nach einem ‚nationalen Konsens- und Kooperationsprozess' aller relevanten Akteure des deutschen Gesundheitswesens" (GA 2003, Ziffer 497). Ganz an der Spitze der Prioritätenliste des Bündnisses steht die Entwicklung von konkreten Präventionsprogrammen. Außerdem ist es wichtig, zum Problem der Patientensicherheit einen adäquaten Zugang aufzubauen und kontinuierlich fortzuentwickeln, um den Leistungsanbietern und Berufsgruppen Handlungsoptionen an die Hand zu geben. Hierzu sind PSI ein wichtiges Mittel. In dem vorliegenden Gutachten wurde daher eine umfangreiche Analyse der internationalen Erfahrungen und Beispiele für PSI durchgeführt und eine Synopse von Indikatoren vorgelegt, die als PSI in Frage kommen.

Im Vordergrund steht dabei zum einen die Überlegung, dass das Indikatorenkonzept auf dem Gebiet der Patientensicherheit sehr gut und adäquat zu verwenden ist, weil die Beinaheschäden, das Basiselement jeder Fehlerkette, die grundsätzlichen Eigenschaften von Indikatoren aufweisen, indem sie (mit einer gewissen Genauigkeit) Schäden vorhersagen. Zum anderen sind an PSI besondere Anforderungen zu stellen, insbesondere eine hohe Sensitivität (wegen der Wichtigkeit der vorherzusagenden Schadensereignisse), niedrige Reaktionszeiten (wegen der Dringlichkeit der Ereignisse) und ein regelbezogener Charakter (wegen der speziellen Anforderungen an die Prozessanalyse bei Behandlungsfehlern). Die Verwendung von Indikatoren, die speziell für die Erfassung und Verbesserung von Patientensicherheitsaspekten entwickelt werden, wird daher vom Rat unterstützt. Der Rat empfiehlt die Integration von PSI in generelle Qualitätsindikatoren-Sets und nicht die Einführung von selektiven PSI-Sets, die ähnlich einem Score Patientensicherheit ‚messen'.

758. Der Vorschlag des Rates, der sich auf die vorgenannte Synopse in Frage kommender PSI bezieht, umfasst letztlich 30 Patientensicherheits-Indikatoren, die wiederum als ein Pool aufzufassen sind, aus dem für Deutschland eine Auswahl getroffen werden kann (Tabelle 25). Die vorgeschlagenen Indikatoren gliedern sich in fünf Gruppen, sie setzen sich aus globalen, übergreifenden, diagnose- und fachspezifischen sowie organisatorischen Kennzahlen zusammen. Der Rat führt exemplarisch die Evidenz von fünf PSI aus der Gruppe der globalen und übergreifenden Indikatoren auf (s. Anhang). Die Aufarbeitung der verfügbaren Literatur zur Reliabilität und Validität zeigt, dass die Absicherung der Indikatoren insgesamt noch zu verbessern ist. Andererseits sind PSI bereits in zahlreichen Indikatoren-Sets enthalten, die international entwickelt wurden und in Gebrauch sind (z. B. PATH-Indikatoren der WHO). Speziell für die Belange der Patientensicherheit sind international drei große PSI-Sets ausgearbeitet worden, und zwar von der AHRQ, der OECD und der Europäischen Kommission (SimPatIE-Projekt). Diese Konzepte enthalten jeweils umfangreiche Untersuchungen zur Machbarkeit, Reliabilität und Validität. Die beiden letztgenannten bauen in weiten Teilen auf den AHRQ Indikatoren auf.

Die vorgeschlagenen PSI können als Pool für eine Auswahl von Patientensicherheits-Indikatoren angesehen werden, die in Deutschland entwickelt, validiert und zur Anwendung kommen sollten. Entwicklung und Validierung von PSI sollten in das Aufgabengebiet der ‚fachlich unabhängigen Institution' nach § 137a SGB V integriert werden. Internationale Erfahrungen mit der Entwicklung, Spezifizierung und Validierung von allgemeinen Qualitätsindikatoren und PSI sollten genutzt werden. Die Gruppe der BQS-Indikatoren muss daraufhin untersucht werden, inwieweit sich diese Parameter als PSI nutzen lassen. Die transsektorale Perspektive ist dabei zu beachten (s. § 137 Abs. 2 SGB V).

759. Bei der Entwicklung von Indikatoren kommt es immer wieder zu typischen Diskussionen. Es sollte eine Kombination von Ergebnis- und Prozessindikatoren Verwendung finden. Die ausschließliche Nutzung von Routinedaten (z. B. ICD, OPS, DRG, § 21 KHEntgG) ist kritisch zu werten, insbesondere da die Validität von Routinedaten beschränkt ist, weil sie zu Zwecken der Abrechnung entwickelt und optimiert sind und das deutsche G-DRG System keine medizinisch homogenen Gruppen kennt. Die epidemiologischen Studien zu *adverse events* verwenden ausschließlich klinische Daten und nutzen Routinedaten nur als Trigger. Für die Qualitätssicherung relevante Daten werden im Rahmen der Routinedaten unterdokumentiert. Trotzdem ist es sinnvoll, als Routinedaten vorliegende Daten im Rahmen von PSI zu verwenden, um den Erhebungsaufwand gering zu halten, und im Sinne eines adäquaten Verständnisses des Indikatorenkonzeptes als Anhaltspunkte für Bereiche zu verwenden, in denen weitere Untersuchungen notwendig sind. Die Zukunft wird in einer abgestimmten Mischung von klinischen und Routinedaten liegen.

Tabelle 25

Vorschlag des Rates für einen Pool von PSI[230]

Bereiche	Indikatoren
1. Globale Indikatoren	
	1. Sterblichkeit bei DRGs mit niedriger Mortalitätsrate
	2. Dekubitus
	3. In-Hospital Hüftfraktur
2. Übergreifende Indikatoren	
2.1 Allgemeine Indikatoren	4. Perioperative Mortalität
	5. Nosokomialer Myokardinfarkt
2.2. (Wieder-)Aufnahme	6. Ungeplante stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen
	7. Ungeplante Aufnahme bzw. Rückkehr auf die Intensivstation
2.3. Intraoperativ	8. Anästhesiekomplikation
	9. Eingriffs- und Seitenverwechselung
	10. Belassen eines Fremdkörpers während des Eingriffs
2.4. Postoperativ	11. Ungeplante Re-Operation
	12. Postoperative pulmonale Embolie oder tiefe Venenthrombose
	13. Postoperative Sepsis
	14. Postoperative Hämorrhagie oder Hämatom
2.5. Ausgewählte nosokomiale Infektionen	15. Wundinfektion
	16. Beatmungsbedingte Pneumonie
	17. Infektionen von intravasalen und Harnwegskathetern und Drainagen
2.6. Technical Devices	18. Unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Medikalprodukten (AMDE: adverse medical device events)
2.7. Medikamenten-bedingt	19. Unangemessene Medikation bei älteren Patienten
	20. Kontrastmittelassoziierte Nephropathie
2.8. Einzelereignisse *(sentinel events)*	21. Iatrogener Pneumothorax
	22. Transfusionsreaktion
	23. Erfolglose Wiederbelebung
3. Diagnosebezogene Indikatoren: Beispiel Geburtshilfe	
	24. Schlaganfall nach einem herzchirurgischen Eingriff
	25. Amputation bei Diabetes-Patienten
	26. Amputation nach einem gefäßchirurgischen Eingriff
4. Fachspezifische Indikatoren	
4.1.	27. Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung mit Instrument
	28. Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung ohne Instrument
5. Organisatorische Indikatoren	
5.1. Vorfälle	29. Körperliche Zwangsmaßnahmen (Dauer, Zeit, Grund, Verletzungen)
5.2 Personal- und Einrichtungs-ressourcen	30. Arbeitszeit

Quelle: Eigene Darstellung

[230] Dieser Vorschlag ist nicht als ‚PSI-Set' zu verstehen und nicht zur Score-Bildung geeignet.

Arzneimitteltherapiesicherheit

760. Die Arzneimitteltherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Indikationsbereichen neue Behandlungsmöglichkeiten erschlossen, die den Patienten zugute kommen (z. B. im Bereich der Onkologie mit Herceptin oder Avastin, bei der Behandlung von Hepatitis C mit Interferonen oder von rheumatoider Arthritis mit TNF-Antagonisten (z. B. Adalimumab, Etanercept oder Infliximab). In jedem Jahr kommen einige neue Arzneimittel auf den Markt, die entweder therapeutisch oder technologisch innovativ sind und mit denen eine bessere Versorgung von Patienten möglich ist. Darunter sind auch mehr und mehr Arzneimittel, die hochselektiv in Stoffwechselvorgänge und Funktionen des Organismus eingreifen. Bei allen Arzneimitteln, insbesondere bei den neuen, sind Informationen über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken von wachsender Relevanz. Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie bedürfen immer einer angemessenen Nutzen- und Schadenabwägung. Hinweise auf potentielle Risiken, die bei kleineren Patientenpopulationen im Rahmen der klinischen Prüfungen aufgetreten sind, werden deshalb zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Entscheidung im Rahmen der Zulassung eines Arzneimittels für die Arzneimittelsicherheit.

761. In Deutschland ist das wichtigste Instrument zur Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) das Spontanmeldesystem, dessen Erfolg und Wirksamkeit vor allem von der Mitarbeit der Ärzte abhängt, die Erfahrungen und Erkenntnisse im Umgang mit zugelassenen Arzneimitteln berichten, wenn diese den Verdacht einer UAW nahe legen. Solche Systeme sind aber grundsätzlich mit einem *underreporting* verbunden, weil Ärzten häufig die Information darüber fehlt, welche Fälle gemeldet werden sollen. Das Spontanmeldesystem ist eingebettet in die Strategie der Pharmakovigilanz, die sich zum Ziel gesetzt hat, die klinische Entwicklung eines Arzneimittels ebenso wie die Anwendung im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit zu überwachen.

762. Die UAW ist Teil unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE). Ein UAE ist damit jedes ungünstige medizinische Ereignis, das in Verbindung mit der Verordnung, Anwendung, Distribution, Applikation usw. eines Arzneimittels auftritt, aber nicht notwendigerweise in kausaler Beziehung mit dieser Behandlung steht. In einer Hierarchisierung der Begriffe ist die umfassendste Kategorie damit das unerwünschte Arzneimittelereignis, während die unerwünschten Arzneimittelwirkungen und die Medikationsfehler (*medication error*) auf der zweiten Ebene gleichberechtigt nebeneinander stehen. Diese Hierarchisierung bedeutet, dass sich die bisher nach dem Arzneimittelgesetz definierte übliche produktbezogene Pharmakovigilanzinformation (UAW) und die anwendungsbezogene Behandlungspharmakovigilanz (UAE) mit dem Ziel der verbesserten Patientensicherheit ergänzen müssen. Die Produktsicherheit wird durch das AMG (Arzneimittelsicherheitsrecht (öffentliches Recht); AMG) geregelt, die Anwendungssicherheit durch das Haftungsrecht (Zivilrecht; BGB).

763. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei ca. 5 % der medikamentös behandelten Patienten UAW auftreten und dass bei etwa 3-6 % aller Patienten, die stationär auf internistischen Stationen aufgenommen werden (geschätzt 150 000-300 000), eine UAW Ursache für diese Aufnahme ist. 2,3 % der Patienten verstarben als direkte Auswirkung der UAW. Unerwünschte Wirkungen waren somit für den Tod von 0,15 % der hospitalisierten Patienten verantwortlich (0,1-0,2 %). 49,6% der tödlichen UAWs wurden aufgrund inkorrekter Anwendung der Arzneimittel bewertet. Neben der Belastung für die Patienten durch UAW ist auch die ökonomische Belastung für das Versorgungssystem erheblich: Für die USA liegen Schätzungen aus einem 700-Betten Lehrkrankenhaus vor, in dem die jährlichen Behandlungskosten für UAW auf 5,6 Mio. US-Dollar geschätzt wurden, davon entfallen 2,8 Mio. US-Dollar auf vermeidbare UAW. Eine weitere Untersuchung gibt die Kosten zur Behandlung von UAW im Krankenhaus mit 5-9% der Gesamtkrankenhauskosten an. Für Deutschland wurden die Kosten für UAW-induzierte Krankenhausbehandlungen auf 350 bis 400 Mio. € jährlich geschätzt.

764. In der internationalen Literatur wird darauf hingewiesen, dass etwa 13 % der ambulanten Patienten ernsthafte unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) erleiden und, dass etwa 0,1 % der stationären Patienten an UAE sterben. Als Ursache hierfür werden mindestens 18 % als sicher vermeidbare Medikationsfehler angegeben. Am ehesten werden Medikationsfehler in Deutschland in Krankenhäusern untersucht und es gibt aufgrund erster Studien in Deutschland keinen Zweifel daran, dass die international diskutierten Medikationsfehler auch bei uns auftreten. Eine im November 2004 vorgelegte Untersuchung ergab, dass in deutschen Krankenhäusern die Fehlerrate bei der oralen Arzneimitteltherapie zwischen 0,2 % und 5,1 % liegt. Nach einer internationalen Studie betrug die Fehlerrate bei der Zubereitung und intravenöser Verabreichung von Arzneimitteln sogar bis zu 48 %, ohne dass hieraus zwangsläufig ein Schaden für den Patienten entstand.

765. Vor allem die Krankenhausapotheker haben sich in den letzten Jahren dieses ‚Fehlerproblems' angenommen. Zur Identifikation und Bearbeitung von Medikationsfehlern hat das Universitätsklinikum Rostock wie manche andere Kliniken ein klinikweites System zur anonymen Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen CIRS (Critical Incident Reporting System) implementiert, das als Ziel nennt, aus Fehlern zu lernen und nicht etwa ‚Schuldige' zu identifizieren. Um die Häufigkeit von Medikationsfehlern zu verringern, sollten klinische Pharmakologen und klinische Pharmazeuten in die pharmakotherapeutischen Entscheidungen eingebunden oder EDV-gestützte Verordnungssysteme zur Unterstützung herangezogen werden. Zu den ‚Auffälligkeiten' und Medikationsfehlern gehören z. B. Applikationsprobleme, pharmakokinetische Probleme, Interaktionsprobleme, Herstellungsprobleme, Informationsprobleme, Probleme in der Verordnung und Unklarheiten auf dem Rezept.

766. Der Rat empfiehlt große pharmakoepidemiologische Datenbanken einzurichten, um eine kontinuierliche systematische Nebenwirkungsforschung durchführen zu können. Zulassungsstudien mit bis zu 3 000 Patienten bilden keine Basis für die Bestimmung von UAW-Risiken. Statistisch gesehen ist die Wahrscheinlichkeit, bei einer Exposition von 5 000 Patienten eine UAW mit einer wahren Inzidenz von 1 in 10 000 wenigstens einmal zu beobachten, kleiner als 40 %, bei einer UAW mit einer Inzidenz von 1 in 100 000 sogar kleiner als 5 %. Spontanberichtssysteme sind durch ein *underreporting* gekennzeichnet; es fehlen in diesem System Daten zur Größenordnung der exponierten Patienten (Zähler/Nenner-Problematik). Im Ausland werden solche pharmakoepidemiologischen Datenbanken in der Zwischenzeit als unverzichtbar bewertet. Zusätzlich zu den pharmakoepidemiologischen Datenbanken müssen regional organisierte Pharmakovigilanzzentren die Risikosituation in der Arzneimitteltherapie erheben (z. B. im Rahmen von Studien bei der Krankenhausaufnahme).

767. Es sind EDV-gestützte Systeme erforderlich, die auf der Ebene der Arzneimittelverordnung (ärztliche Praxis) und Arzneimittelabgabe (Apotheke) sensibel, aktuell und rasch auf Probleme der Interaktionen, der Dosierung (alters- und geschlechtsangepasst) und der Handhabung hinweisen. Die Implementierung sollte durch Anreize (z. B. Vertragsbestandteil von IV-Verträgen) gefördert werden. Öffentlich geförderte Handlungsprogramme zur Verringerung schwerer Medikationsfehler erhöhen die ‚Awareness' für dieses Problem, Präventionsstrategien zur Vermeidung von UAWs und UAEs können elektronisch Erfolg versprechend unterstützt werden. Die elektronische Gesundheitskarte mit einem Speicherchip soll es möglich machen, am *point of sale* der Apotheke die verordneten Arzneimittel und die der Selbstmedikation zu erfassen und etwaige Interaktionen festzustellen.

768. Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) als Folge von Medikationsfehlern werden vor allem in der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus aufgedeckt. Die systematische Analyse solcher Medikationsfehler kann zu einer Optimierung des Anwendungsprozesses von Arzneimitteln führen. In diesem Zusammenhang sollten PSI vereinbart, implementiert und evaluiert werden (z. B. Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie, die nach den BQS-Daten im Jahre 2005 in 85,8 % der Fälle mit einer Schwankungsbreite von 0 (!) und 100 % durchgeführt wurde – der Referenzwert beträgt 90 % – oder als weiteren Indikator den Anteil der UAW-bedingten Krankenhausaufnahmen).

Konkret schlägt der Rat folgende zwei PSI vor:

– Die Häufigkeit des Röntgenkontrastmittel-induzierten akuten Nierenversagens, die Kontrastmittelnephropathie, die als häufigste Ursache eines stationär erworbenen Nierenversagens gilt und in bis zu 5 % der Fälle vorkommt. Der Anteil sollte durch geeignete prophylaktische Maßnahmen halbiert werden.

– Der zweite PSI betrifft den Anteil einer entsprechend der ‚Beers-Liste' für Deutschland zusammengestellten ‚unangemessenen' Arzneimitteltherapie für ältere Menschen über 65 Jahre. Hier wird der Referenzwert auf 10 % der für ältere Menschen verordneten Arzneimittel festgesetzt, derzeit liegt er bei etwa 20 % -25 %. Eine Reduktion des Anteils solcher für ältere Menschen problematischer Arzneimittel würde eine wichtige Optimierung der Arzneimitteltherapie, der Verträglichkeit und der Sicherheit für ältere Menschen bedeuten.

Verantwortlichkeit (accountability) als übergreifendes Konzept

769. Patientensicherheit und Patientensicherheits-Indikatoren weisen einen unmittelbaren Bezug zum Thema Verantwortlichkeit (*accountability*) auf. Verantwortlichkeit ist nicht nur in den Wirtschaftswissenschaften in den letzten Jahren ein wichtiges Thema geworden, sondern hat auch im Qualitätsmanagement und in der Gesundheitspolitik international eine lang währende Tradition. Verantwortlichkeit wird den strategischen und leitbildnahen Werten zugeordnet und umfasst über die Verantwortung gegenüber den Eigentümern und Gläubigern hinaus gleichermaßen die Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Partnern im gesellschaftlichen Leben. Im Gesundheitswesen stellt Verantwortlichkeit neben Wissenschafts- und Evidenzbasierung, Patientenorientierung, der Bekenntnis zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit, Leitlinien- und Effizienzorientierung eines der zentralen Elemente eines Führungsverständnisses dar, das man als *clinical governance* bezeichnen könnte. Um so mehr sich das Gesundheitswesen von seiner paternalistischen Tradition entfernt und externe Anreize wie *public disclosure* und *pay for performance* eine Rolle spielen, um so mehr rückt für alle Partner die Verantwortung in den Mittelpunkt.

770. Verantwortlichkeit muss auf der Systemebene, der institutionellen Ebene, auf der individuellen Ebene der Angehörigen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen und auf der Patientenebene diskutiert werden. Auf der Systemebene besteht Verantwortlichkeit vor allem in Bezug auf die angemessene Versorgung der Patienten. Das Beispiel der Systemorientierung der Patientensicherheitsdebatte, die nicht die individuelle Verantwortlichkeit der Ärzte und anderen Berufsgruppen schmälern darf, illustriert gut das Spannungsfeld der öffentlichen Diskussion, in dem sich das Thema Verantwortlichkeit entfaltet. Auf institutioneller Ebene geht es zum einen um Verantwortlichkeit der Teile der Organisation gegenüber der ganzen Institution, über Fach- und Berufsgruppengrenzen hinweg, zum anderen um die ‚verantwortungsvolle' Integration der Institution in die umgebende Umwelt.

771. Die Diskussion des Begriffes Verantwortlichkeit in Bezug auf das Selbstverständnis von Berufsgruppen ist von erheblicher Bedeutung. Die Berufsgruppen im Gesundheitswesen haben traditionell eine hohe Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten, wobei diese eher implizit geprägt ist, und bei dem Versuch der Öffentlichkeit, diese Verantwortlichkeit explizit zu gestalten, Missver-

ständnisse und Befremden kaum zu vermeiden ist. Es herrscht aus der Sicht der Berufsgruppen in dieser Situation sogar der Eindruck vor, die Öffentlichkeit wolle das durch den Strukturwandel ohnehin schon belastete Vertrauen zwischen Therapeut und Patient schwächen, obwohl es durch den Strukturwandel doch schon vorbelastet sei. Die Forderung nach Verantwortlichkeit von Institutionen und einzelnen Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppenangehörigen für ihre Leistungen wird jedoch nicht verstummen, und stellt eine wichtige Grundsatzentscheidung dar, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch explizite Verantwortlichkeit zu stabilisieren, basierend auf einem nicht-paternalistischen, durch Gleichberechtigung gekennzeichneten Patientenverständnis. Auf der Seite der Patienten kommt jedoch ebenfalls eine Veränderung des Rollenverständnisses zum Tragen, denn der aktive Patient ist gefragt, der die Verantwortlichkeit auf der therapeutischen Seite einfordert und verarbeitet. Ein offenes Problem dabei ist, dass nicht alle Patienten dazu in der Lage und Willens sind. Der Patient sollte aber auch durch ein entsprechendes Verhalten zum Gelingen der therapeutischen Leistungserstellung beitragen, denn es handelt sich hier um ein *joint product* von Leistungserbringern und Patienten.

Veröffentlichung von Qualitätsdaten und Qualitätswettbewerb

772. Eine Analyse der internationalen Literatur zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten zeigt, wie schwierig die empirische Datenlage zu der Thematik Verantwortung im Gesundheitswesen ist. Zugrunde liegt dem *public disclosure*-Gedanken die Vorstellung, dass sich insbesondere bei fixen Preisen Patienten, Zu- und Einweiser sowie Kostenträger speziell an die Leistungsanbieter wenden, die durch veröffentlichte, de-anonymisierte Indikatoren eine bessere Qualität ihrer Leistungen ausweisen. Durch die Summe dieser Entwicklungen kommt es zu einer Verschiebung der Marktanteile und auf Systemebene zu einer anhaltenden Verbesserung für die Gesundheitsversorgung. Getragen wird diese positive Entwicklung durch eine zunehmende Verantwortlichkeit der *stakeholder* des Gesundheitswesens und der Angehörigen der Berufsgruppen, die diesen Wettbewerb langfristig akzeptieren und in ihre Entscheidungen einbeziehen. *Public disclosure* ist von *private disclosure* abzugrenzen, bei dem Qualitätsdaten innerhalb der Institutionen rückgemeldet werden (s. BQS-Verfahren). *Public disclosure* kann Daten über Krankenhäuser oder über Ärzte enthalten, konkrete Zwischenfälle können zusätzlich konkret geschildert werden.

773. Die internationale Literatur zu diesem Thema ist sehr umfangreich und kommt auf den ersten Blick zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, die in vielen Reviews bereits zu dem Schluss geführt haben, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu keinen positiven Auswirkungen führt und der ‚Qualitätswettbewerb' nicht funktioniert. In dem vorliegenden Gutachten führt der Rat daher die Analyse nach bestimmten Kriterien durch, und zwar entsprechend

– der Art der untersuchten Endpunkte (z. B. Mortalität),
– den jeweiligen Adressaten (z. B. Patienten, Krankenhaus, Marktgeschehen) und
– und dem verwendeten Studiendesign (z. B. historische Kontrolle).

Die Darstellung nach diesen drei Kriterien ergibt ein sehr viel klareres Bild. So lässt sich hinsichtlich des Studiengegenstands festhalten, dass

– Krankenhäuser am stärksten reagieren, und zwar hinsichtlich Outcome-relevanter Endpunkte und hinsichtlich der Einleitung von internen Qualitätsmaßnahmen – so negativ die Befragungen zur Einstellung von Krankenhausleitungen auch ausfallen,
– Patienten zwar im Prinzip sehr an Qualitätsinformationen interessiert sind, diese aber nicht abrufen und sie nicht nutzen, wenn die Informationen nur auf konventionellem Weg disseminiert und aufbereitet sind. Sie können diese jedoch dann, wenn die Informationen gut aufbereitet sind und sie diese tatsächlich zur Kenntnis nehmen, verstehen und im Sinne einer Entscheidungsunterstützung nutzen,
– zuweisende bzw. überweisende Ärzte von veröffentlichten Qualitätsdaten wenig Gebrauch machen und skeptisch sind,
– Kostenträger interessiert sind, aber letztendlich nicht nach den Informationen handeln,
– das Gesundheitssystem als Ganzes zumindest dadurch profitiert, dass die Varianz der Qualitätsindikatoren dargestellt und der öffentlichen Diskussion zugänglich gemacht wird, obgleich der Nachweis einer nachhaltigen Verbesserung auf Systemebene oder eine breite Verschiebungen der Marktanteile bislang nicht oder nur in einzelnen Studien zu führen war.

Bezüglich der Endpunkte ist deutlich zwischen Studien zur Ergebnis- und Prozessqualität auf der einen Seite und Befragungen zu Einstellungen und Haltungen auf der anderen Seite zu unterscheiden. Die Befragungen ergeben sowohl bei Krankenhausleitungen als auch bei Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten ein eher negatives Bild. Patienten ziehen umso mehr Nutzen aus den Informationen, je besser diese aufbereitet sind. Harte Endpunkte zur Ergebnisqualität (Mortalität) und zur Prozessqualität (z. B. Investition in Qualitätsmanagement) zeigen dagegen in einer größeren Zahl von Studien einen Effekt zugunsten der Veröffentlichung von Qualitätsdaten.

Zur Bedeutung der methodischen Qualität der Studien ist eine regelrechte Sensitivitätsanalyse im Sinne einer Metaanalyse wegen der kleinen Zahl der in Frage kommenden Studien nicht möglich. Qualitativ gibt es jedoch Hinweise, dass methodisch bessere Studien auch einen stärkeren Effekt zeigen, so z. B., dass

– Studien, die eine bessere Aufbereitung der Information für die Patienten zur Grundlage haben, auch eine bessere Nutzung dieser Information zur Entscheidungsfindung aufzeigen können und

– methodisch höherwertige Studien mit einem quasi-experimentellen Design im Krankenhausbereich eine stärkere Verbesserung der Outcomeparameter und der Prozessqualität zeigen.

774. Ausführlich ist in der Literatur die Notwendigkeit diskutiert worden, Maßnahmen gegen das sogenannte *gaming*, also das willentliche Verfälschen von Daten und die Entwicklung von Vermeidungsstrategien (z. B. Verweisen von Patienten mit hohem Risiko) vorzuhalten. Ein Instrument dazu ist eine adäquate Risikoadjustierung, ein anderes die streng transsektorale Qualitätssicherung und die Entwicklung eines transsektoralen *public disclosure*, das allerdings nur in integrierten Versorgungsnetzen und in populationsbezogenen Versorgungssystemen erfolgsversprechend ist, weil in sektorierten Systemen die Verantwortung für Qualität nicht transsektoral wahrgenommen wird.

Seit dem Jahr 2001 verfügt das deutsche Gesundheitssystem mit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung über ein *private disclosure* System. Der Öffentlichkeit werden nur die Gesamtstatistiken sowie die Streuwerte bekannt gemacht, der einzelnen Einrichtung sind nur die eigenen Daten deanonymisiert zugänglich. Zur Steigerung der Reliabilität werden bei Auffälligkeiten Stichprobenprüfungen durchgeführt, bei auffälligen Befunden wird ein Audit-Verfahren aktiviert. Obgleich es derzeit in Deutschland kein dem *Freedom of Information Act* analoges juristisches Verfahren zur Öffnung der Datenanonymität gibt, das in New York die Veröffentlichung der herzchirurgischen Daten erzwungen hat, steht auch hierzulande eine Diskussion zu *public disclosure* auf der Tagesordnung. Es gibt bereits einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Liste von 26 Indikatoren, die von den Krankenhäusern ab dem Qualitätsbericht 2007 verpflichtend veröffentlicht werden müssen.

775. Der Rat ist sich der oben dargestellten Einschränkungen und methodischen Anforderungen (z. B. Risikoadjustierung) bewusst und empfiehlt auf der Basis der dargestellten Sachlage für die Krankenhäuser in den nächsten Jahren eine folgende Regelung:

1. Die vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 SGB V durch die BQS bzw. die ‚fachlich unabhängige Institution' nach § 137a wird zügig ausgebaut, insbesondere unter Beachtung der gesetzlichen Forderung der Einbeziehung der transsektoralen Verläufe (§ 137 Abs. 2), unter Berücksichtigung von Patientensicherheits-Indikatoren (Tabelle 25) und unter vordringlicher Einbeziehung der konservativen Fachgebiete.

2. Die ‚unabhängige Institution' erarbeitet eine Liste von Indikatoren, die für die Veröffentlichung geeignet sind. Diese für *public disclosure* vorgesehenen Indikatoren sollen zum einen Patientensicherheits-Indikatoren einschließen, zum anderen den aktuell von der BQS vorgelegten Katalog um globale, übergreifende und die konservativen Fachgebiete betreffende Indikatoren erweitern. Zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, die Ergebnisse der Indikatoren in den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V zu veröffentlichen. Die unabhängige Institution führt im Rahmen des Audit-Verfahrens der derzeitigen BQS auch eine Prüfung der Reliabilität dieser Indikatoren durch. Eine jährliche Veröffentlichung ist vorzuziehen.

3. Die Institution nach § 137a offeriert weiterhin interessierten Krankenhäusern ein internes Benchmarking, das unter den teilnehmenden Krankenhäusern die Öffnung der Daten beinhaltet.

4. Die Institution nach § 137a bietet Krankenhäusern außerdem an, anonym die Ergebnisse ihrer internen CIRS-Systeme zugänglich zu machen, damit über registrierte Zwischenfälle die Möglichkeit des internen Lernens über die Institutionen hinweg verstärkt wird.

Der Rat empfiehlt, die Datenveröffentlichung als einen Entwicklungsprozess zu betrachten, bei dem die Gesundheitsberufe vollständig involviert werden. Insbesondere sind hier die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen und die Weiterentwicklung der Indikatoren zu nennen. Die Berichte nach Nr. 4 sollten ferner an ein geschultes Team aus Patientenvertretern gerichtet werden, das als eine Art Callcenter die Anfragen derjenigen Patienten effektiv bearbeiten könnte, die aus verschiedenen Gründen die vorhandenen Daten nicht nutzen bzw. nutzen können. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gemäß § 65b SGB V sowie andere qualifizierte Patientenvertreter sollen einbezogen werden. Damit auch Bürger mit sprachlichen Verständigungsproblemen davon profitieren, wäre eine Kooperation mit einer (Telefon)Dolmetscherzentrale sinnvoll.

Qualitäts-bezogene Vergütung (pay for performance)

776. Die Qualitäts-bezogene Vergütung (*pay for performance*, P4P) gehört zu den Konzepten, die mittels externer Anreize eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) handelt es sich um unmittelbar finanzielle und nicht um immaterielle Anreize, beide Formen können sich aber gegenseitig unterstützen und werden auch häufig gemeinsam eingesetzt. Die Entwicklung von P4P-Programmen wurde in den letzten Jahren vor allem in den USA und in Großbritannien vorangetrieben, die Diskussion hat jetzt aber auch Deutschland erreicht.

Die Definition der Qualitäts-bezogenen Vergütung geht in erster Annäherung davon aus, dass es sich um ein Finanzierungskonzept handelt, bei dem nicht nur Mengenaspekte berücksichtigt werden, sondern die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht. In der internationalen Diskussion ist weitergehend der Begriff des *value of care* in Verwendung, um zu beschreiben, dass auch der Wert der Behandlung und somit Effizienzgesichtspunkte eine Rolle spielen. Eine entsprechende Definition lautet „*any type of performance based provider payment arrangements including those that target on cost measures*," so dass im Deutschen der Begriff ‚Ziel-bezogene Vergütung' als Alternative zur hier verwendeten Bezeichnung ‚Quali-

täts-bezogene Vergütung‘ zu diskutieren wäre, falls man sich der letzteren Definition anschließen wollte.

777. Das Konzept der Qualitäts-bezogenen Vergütung hat seinen Ursprung einerseits in der Evidenz-basierten Medizin, andererseits in der Organisationstheorie sowie den Verhaltenswissenschaften. Der Zugang über die Evidenz-basierte Medizin stellt sich über wissenschaftlich abgeleitete Behandlungsleitlinien her, thematisiert die hohe Varianz der Versorgung und bezieht sich auf das Ziel, die Varianz zu reduzieren. Der Zugang über die Organisationstheorie sowie die Verhaltenswissenschaften geht u. a. auf das Konzept der Motivation zurück, das im Kontext der Gesundheitsversorgung seit 15 Jahren große Beachtung findet. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens wird diesem Konzept ein hoher Komplexizitätsgrad zugesprochen: Anreize wie Qualitätsberichterstattung und Qualitäts-bezogene Vergütung richten sich auf die externe Motivation, wobei diese nicht mit den Elementen der internen Motivation wie Professionalismus, ethischen Einstellungen und Altruismus in Konflikt kommen sollte.

778. Die international gängigen Modelle der Qualitätsbezogenen Vergütung sind in ihrer Struktur und Anreizbildung außerordentlich vielfältig. Zum einen können einzelne Ärzte oder Organisationen angesprochen werden, wobei dann in der Umsetzung ganz unterschiedliche Mechanismen zugrunde liegen. Zum anderen ist die Höhe der zusätzlichen Vergütung, die Einbeziehung von Effizienzkennzahlen, die Auswahl der Indikatoren (Ergebnis- vs. Prozessindikatoren, Routine- vs. klinische Daten) und die Kombination mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu klären, insbesondere aber auch die genaue Spezifizierung der Anreize. Hier handelt es sich um die Frage, ob die besten (‚Top‘) oder die sich am stärksten verbessernden Leistungsanbieter zusätzlich vergütet werden, und ob Zuschläge, Abschläge oder Sonderzahlungen bzw. eine Kombination dieser Vergütungsformen verwendet werden. Durch die Auswahl der Indikatoren darf kein ‚blinder Fleck‘ entstehen, also Bereiche, die von den Indikatoren nicht erfasst werden und daher von der postulierten Qualitätsverbesserung ausgeschlossen werden.

779. Die vorliegende Analyse auf der Basis von 28 eingeschlossenen Studien zeigt zunächst, ähnlich wie in den anderen Reviews ein gemischtes Bild. Die Mehrzahl der Studien (21/28) weisen einen positiven Effekt aus, unabhängig davon, ob einfache (15/19) oder komplexe (6/9) Endpunkte gewählt werden, unabhängig davon, ob als Intervention nur P4P (14/18) oder komplexe (7/10) Vorgehensweisen eingesetzt wurden und weitgehend unabhängig vom Studiendesign. Auffällig ist lediglich, dass alle historisch kontrollierten Studien (12/12) eine positive Wirkung der Qualitäts-bezogenen Vergütung zeigen, gegenüber nur 9/16 Studien mit höherwertigem Design (6/9 randomisierten Studien, 2/4 Studien mit quasi-experimentellem Design und 1/3 Case Control Studien). Von den sieben Studien, die kein positives Ergebnis zeigten, wiesen drei ein gemischtes und vier ein negatives Ergebnis auf. Obwohl Schlussfolgerungen wegen der kleinen Zahl von Studien nur mit Vorsicht zu ziehen sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass die historisch kontrollierten Studien den Effekt von P4P überschätzen. Aber selbst unter dieser Einschränkung bleibt festzuhalten, dass in der Mehrzahl der Studien eine Wirksamkeit zu zeigen war, sowohl in Bezug auf die Gesamtheit der Studien als auch in Bezug auf die Studien mit höherwertigem Studiendesign.

780. Unerwünschte Auswirkungen können zum einen durch eine ungenaue Validierung und Risikoadjustierung der verwendeten Indikatoren, zum anderen durch Fehlanreize verursacht werden, die ihrerseits eine Verschlechterung der Versorgung bedingen. Kleinere Krankenhäuser haben z. B. eine größere Anfälligkeit ihrer Qualitätsdaten für Einzelfälle (*outlier*) und können daher tendenziell benachteiligt werden. Weiterhin spielt der Ausschluss von Patienten durch Manipulation oder *exception rules* eine Rolle, da hierdurch der Bezug im Nenner der Indikatoren verfälscht wird.

Im Mittelpunkt der Diskussion stehen aber Auswirkungen, die bei prinzipiell funktionierendem Vergütungssystem, das in Teilen auf Qualitätsindikatoren aufgebaut ist, zu beobachten sind. Diese Diskussion konzentriert sich auf die Motivation der Ärzte, die Gefahr von Fehlanreizen und die Verstärkung von Ungleichheit. Grundsätzlich ist eine Schwächung der internen Motivation durch externe Motivation nicht auszuschließen, insbesondere wenn Bürokratisierung und Zuständigkeitsprobleme befürchtet werden; es lässt sich ein solcher Effekt jedoch nicht empirisch nachweisen. Die Qualitäts-bezogene Vergütung wird deutlich besser beurteilt als z. B. die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten. Fehlanreize können bei indikatorengestützen Anreizsystemen immer auftreten, insbesondere bei kleinen Krankenhäusern und bei mangelnder Risikoadjustierung. Empirisch lässt sich eine Risikoselektion nur ausnahmsweise nachweisen. Allerdings gibt es Befunde, die auf eine Gefahr einer Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen deuten, vor allem Patienten mit niedrigem Einkommen, ethnische Minderheiten und Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen. Gerade die letzte Gruppe verdient Beachtung, da die Anreizsysteme dazu führen könnten, dass jede einzelne der Erkrankungen zwar formal leitliniengerecht behandelt wird, um die zusätzliche Vergütung zu realisieren, die notwendige Anpassung der Behandlung, die durch die Multimorbidität notwendig wird, jedoch unterlassen wird.

781. In Abwägung der wissenschaftlichen Ergebnisse zur Wirksamkeit der Qualitäts-bezogenen Vergütung und der möglichen negativen Auswirkungen empfiehlt der Rat die schrittweise Einführung von Elementen dieser Vergütungsform mit Pilotierung und intensiver Evaluation. Um klarzustellen, dass es in erster Linie um die Qualität der Versorgung geht, ist der Begriff ‚Qualitätsbezogene Vergütung’ vorzuziehen. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

1. Die Berufe des Gesundheitswesens, insbesondere die Ärzte, sind in die Entwicklung, die Umsetzung und die Evaluation von Konzepten zur Qualitäts-bezogenen Vergütung mit einzubeziehen. Es muss ein Widerspruch zum Professionalismus und anderen Elementen der internen Motivation vermieden werden.

2. Gesundheitsversorgung ist regional organisiert. Daher ist die Einbettung von Konzepten der Qualitäts-bezogenen Vergütung in die regionalen Versorgungsstrukturen sinnvoll und wichtig. Projekte sollten anfangs klein und überschaubar sein, um rasch Erfolge nachweisen und Fehler korrigieren zu können.

3. Die Vergütungsanreize sollten sich wegen der großen Bedeutung von Systemfaktoren in erster Linie an Organisationen und nicht an einzelne Ärzte richten. Im Bereich der ambulanten Versorgung kann es zwar geboten sein, auch einzelne Ärzte anzusprechen, die Einbeziehung von Ärztenetzen, Verbünden und anderen organisatorischen Konstruktionen ist jedoch vorzuziehen.

4. Die Vergütungsanreize sollten regelhaft mit anderen Anreizen und Methoden kombiniert werden, vor allem mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*), aber auch mit Feedback-Verfahren, *academic detailing* etc. Es bietet sich die Kombination mit der Sicherstellung als Bestandteil der Krankenhausplanung (s. Unterkapitel 4.3), die Einbeziehung in Zertifizierungskonzepte und die Ausgestaltung der ‚neuen Versorgungsformen' an.

5. Die verwendeten Indikatoren sollten eine Kombination von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit einzelnen Strukturindikatoren und eine sinnvolle Kombination von Routine- und klinischen Daten enthalten. Die Aufnahme von Effizienzkriterien ist grundsätzlich möglich und sinnvoll. Die Indikatoren müssen angepasst und regelmäßig geändert werden (Rotation). Letzteres dient der Vermeidung der Manipulation. Es muss darauf geachtet werden, dass keine ‚blinden Flecken' entstehen, die wegen fehlender Indikatoren von den Verbesserungspotentialen ausgeschlossen wären. Die Indikatoren müssen gut spezifiziert und machbar sein, ein *exception reporting* mit Ausschluss von ‚komplizierten Fällen' ist nicht zu empfehlen, weil die Vergleichbarkeit deutlich eingeschränkt wird.

6. Neben Leistungserbringer-bezogenen Zielen sollten in den Konzepten zur Qualitäts-bezogenen Vergütung immer auch populationsbezogene Ziele mit eingeschlossen werden (z. B. transsektorale Koordination, s. auch *area*-Indikatoren in Abschnitt 4.3.1).

7. Der Gefahr einer Risikoselektion und der Benachteiligung vulnerabler Gruppen, insbesondere aber einer Verschlechterung der Versorgung multimorbider chronisch erkrankter Patienten ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es müssen in den Projekten erkennbare Ansätze enthalten sein, wie diesen unerwünschten Auswirkungen entgegengewirkt wird.

8. Offensichtlich spielt die Höhe der Vergütung keine entscheidende Rolle, muss aber Investitions- und Opportunitätskosten kompensieren. Wegen des breiteren Verbesserungsanreizes hält es der Rat für sinnvoll, den Nachweis einer relativen Verbesserung in Bezug auf den individuellen Ausgangspunkt des Leistungserbringers zum Gegenstand des Anreizsystems zu machen. Die ‚Top'-Leistungserbringer werden über das parallele *public disclosure* aufgewertet.

9. Die organisatorische Umsetzung, der Datenzugang und die EDV-Ausstattung sind von Beginn an kritische Faktoren und müssen in die finanzielle Planung angemessen mit einbezogen werden.

Die Konzepte und Projekte zur Qualitäts-bezogenen Vergütung müssen effektiv, zeitnah und kritisch evaluiert werden. Es besteht nicht nur die Notwendigkeit, die international gemachten Erfahrungen auf die deutschen Verhältnisse anzupassen, sondern das Konzept muss hinsichtlich einer großen Zahl von offenen Fragen weiterentwickelt werden. Dieser Entwicklungsbedarf reicht von der Identifikation und Spezifikation adäquater Indikatoren über die Klärung von Fragen in der Umsetzung (Höhe des finanziellen Anreizes, Dauer der Intervention, Zusammenwirken mit anderen Anreizen, Adressat des Anreizes, relative Verbesserung versus absolute Position) zur Etablierung von Instrumenten zur Vermeidung von unerwünschten Nebeneffekten. Der Rat sieht hier eine vordringliche Aufgabe der Versorgungsforschung.

5.5 Literatur

ACHS (Australian Council on Healthcare Standards) (2005): ACHS Clinical Indicator Report for Australia and New Zealand 1998-2004. Determining the Potential to Improve Quality of Care – 6th Edition, NSW, Australia.

Adolph, E., Chatterjee, T., Ince, H., Eckard, H., Rehders, T., Kische, S., Drawert, S., Petzsch, M. und Nienaber, C.A. (2005): Kontrastmittel-induzierte Nephropathie. Klinik und Prävention. Dtsch. med. Wochenschr., 130: 2391–2396.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2007a): AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators, Vers. 3.1, March 2007. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/pqi_download.htm (Stand 29.05.2007).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2007b): AHRQ Quality Indicators. Guide to Inpatient Quality Indicators, Vers. 3.1, March 2007. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/iqi_download.htm (Stand 29.05.2007).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2007c): AHRQ Quality Indicators. Guide to Pediatric Quality Indicators, Vers. 3.1, March 2007. (www.qualityindicators.ahrq.gov (Stand 30.05.2007).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2007d): AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators, Vers. 3.1, March 2007. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm (Stand 30.05.2007).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2006): AHRQ Quality Indicators: Validation Project, August 21, 2006. (www.qualityindicators.ahrq.gov/news/ahrqqi_cvp.doc) (Stand 30.10.2006).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2005): 2005 National Health Care Report. Patient Safety: Inappropriate Use of Medications by the Elderly. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD 20850.

AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) (Hrsg.) (2005): Pharmakovigilanz. Arzneiverordnung in der Praxis, Sonderheft, Berlin.

Alderson, P. und Oliver, S. (2003): Public release of performance data. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD004538. DOI: 10.1002/14651858. CD004538.

Ali, N. A., Lo, T. Y. S., Auwache, V. L. und White, P. D. (2001): Bad Press for Doctors: 21 Year Survey of Three National Newspapers. Brit. Med. J., 323: 782–783.

Altman, D. A., Clancy, C. und Blendon, R.J. (2004): Improving Patient Safety — Five Years after the IOM Report. N. Engl. J. Med., 351: 2041–2042.

Amundson, G., Solberg, L. I., Reed, M., Martini, E. M. und Carlson, R. (2003): Paying for Quality Improvement: Compliance with Smoking Cessation Guidelines. J. Comm. J. Qual. Saf.: 29: 59.

Anderson, G.M. und Brown, A.D. (2001): Appropriateness Ratings: Overuse, Underuse, or Misuse? Lancet, 358: 1475-1476.

Angell, M., Kassirer, J.P. (1996): Quality and the Medical Marketplace – Following Elephants. N. Engl. J. Med. 335: 883-885.

Anonymous (2004): National Survey on Consumers’ Experiences with Patient Safety and Quality Information. Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health. Menlo Park, Calif.

Anonymous (1997): Coronary Artery Bypass Graft Surgery in New Jersey: 1994–1995. Trenton, NJ: The New Jersey Department of Health and Senior Services (Hrsg.).

Anonymous (1993): Health Plan Employer Data nad Information Set and User’s manual, Version 2.0. Washington, D.C.: National Committee for Quality Assurance, May 5, 1993.

AOK-Bundesverband: www.aok-bv.de (Stand 19.05.2006).

AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), Helios Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2007): Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht – . Wissenschaftliches Institut der AOK.

Apothekerkammer Bremen (2006): Mitteilungen der Apothekerkammer Bremen an die Kammermitglieder. Kammer aktuell 03, Bremen.

Armour, B. S., Friedman, C., Pitts, M., Wike, J., Alley, L. und Etchason, J. (2004): The Influence of Year-End Bonuses on Colorectal Cancer Screening. Am. J: Man. Care, 10: 617–624.

Aron, D. und Pogach, L. (2007): Specialists versus Generalists in the Era of Pay For Performance: „A Plague o’ both your houses!“ Qual. Saf. Health Care, 16: 3.

Arzneimittelbrief (2005): Unangemessene Medikamente bei älteren Patienten. Die Beers-Liste. Arzneimittelbrief, 39 (44).

AKB (Arzneimittelkursbuch) 2002/2003 (2002): Arzneimittelverlags-GmbH, Berlin.

Asch, S. M., Sloss, E. M., Hogan, C., Brook, R. H. und Kravitz, R. L. (2000): Measuring Underuse of Necessary Care Among Elderly Medicare Beneficiaries Using Inpatient and Outpatient Claims. JAMA, 284: 2325–2333.

Asklepios Kliniken (2006): Bericht zur medizinischen Ergebnisqualität 2006.

Australian Council for Safety and Quality in Healthcare (2005): Achieving Safety and Quality Improvements in Health Care, Canberra, www.safetyandquality.org (Stand 10.07.2006).

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2005): Diagnostik und Therapie der Sepsis. Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/079-001.htm (Stand Dezember 2005).

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin): www.aezq.de (Stand 04.04.2006).

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin): (Hrsg.) (2006): Tätigkeitsbericht 2005, Qualität im Fokus, Berlin.

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin): (Hrsg.) (2005): Tätigkeitsbericht 2004, Qualität im Fokus, Berlin.

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin): (Hrsg.) (2001): Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und -Indikatoren in der Gesundheitsversorgung.

Baker, D. W., Einstadter, D., Thomas, C. L., Husak, S. S., Gordon, N. H. und Cebul, R. D. (2002): Mortality trends during a program that publicly reported hospital performance. Med. Care, 40: 879–890.

Baker, D. W., Einstadter, D., Thomas, C., Husak, S., Gordon, N. H. und Cebul, R. D. (2003): The effect of publicly reporting hospital performance on market share and risk-adjusted mortality at high-mortality hospitals. Med. Care, 41: 729–740.

Barach, P. und Small, S.D. (2000): Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons from Non-Medical Near Miss Reporting Systems. Brit. Med. J., 320: 759–763.

Barnes, J., Connor, M., Crowley-Ganser, C., Delbanco, T., Frederico, F., Freedman, A., Gershanoff, M. D., Hanscom, R., Hopkins, C. C., Jernegan, G., Kim, H., Leape, L., Roberson, D., Ryan, J., Sato, L. und van Pelt, F. for the Massachusetts Coalition for the Prevention of

Medical Errors (2006): When Things Go Wrong. Responding To Adverse Events, Boston 2006, www.macoalition.org (Stand 30.05.2007).

Bates, D. W. und Gawande, A. A. (2003): Improving Safety With Information Technology. N. Engl. J. Med., 348: 2526–2534.

Bates, D. W., Spell, N., Cullen, D. J., Burdick, E., Laird, N., Petersen, L.A ., Small, S.D., Switzer, B.J. und Leape, L. L. (1997): The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA, 277: 307.

Bates, D. M. (1996): Medication errors. How common are they and what can be done to prevent them? Drug. Saf., 15: 303–310.

Bates, D. W., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B., Shea, B. F., Hallisey, R., Van der Vliet, M., Nemeskal, R. und Leape, L.L. (1995a): Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA, 274: 29–34.

Bates, D. W., O'Neil, A. C., Petersen, L. A., Lee, T. H. und Brennan, T. A. (1995b): Evaluation of screening criteria for adverse events in medical patients. Med. Care, 33: 452–462.

Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden.

Baumann, E. (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe – Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation, in: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R., und Schnee, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh, 2006: 117–153.

Beaulieu, N. D. und Horrigan, D. R. (2005): Putting Smart Money to Work for Quality Improvement. Health. Res. Educ. Trust, 40: 1318–1834.

Beers, M. H. (1997): Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Archives of Internal. Medicine, 157: 1531–1536.

Beers, M. H., Ouslander, J.G ., Rollingher, I., Reubenm, D. B., Brooks, J. und Beck, J. C. (1991): Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch. Intern. Med., 151:1825–1832.

Bentley, J. M. und Nash, D. B. (1998): How Pennsylvania hospitals have responded to publicly released reports on coronary artery bypass graft surgery. Jt. Comm. J. Qual. Improv., 24: 40–49.

Berlowitz, D., Brand, H. und Perkins, C. (1999): Geriatric syndromes as outcome measures of hospital care: Can administrativ data be used? JAGS, 47: 692–696.

Berwick, D. M.und Wald, D. L. (1990): Hospital leaders' opinions of the HCFA mortality data. JAMA, 263: 247–249.

Berwick, D. M., DeParle, N. A., Eddy, D. M., Ellwood, P.M., Enthoven, A. C., Halvorson, G.C., Kizer, K. W., McGlynn, E:A:, Reinhardt, U.E., Reischauer, R. D., Roper, W. L., Rowe, J. W., Schaeffer, L. D., Wennberg, J. E. und Wilensky, G. R.: Paying for Performance (2003): Medicare Should Lead. Health Aff. 22, 2003: 8–10.

Best, W., Khuri, S., Phelan, M., Hur, K., Hendorson, W., Demakis, J. et al. (2002): Identifying patient preoperative risk factors and postoperative adverse events in administrative databases: Results from the Department of Veterans Affairs national Surgical Quality Improvement Program. J. Am. Coll. Surg., 194: 257–266.

Birkmeyer, N. J. O. und Birkmeyer, J. D. (2006): Strategies for Improving Surgical Quality – should Payers Reward Excellence of Effort? N. Engl. J. Med., 354: 864–870.

Bismarck, M. und Paterson, R. (2006): No-Fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, and Patient Safety Health Aff., 25: 278–283.

Blendon, R. J., Desroches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J. und Teffenson, A.E. (2002): Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors. N. Engl. J. Med., 347: 1933–1940.

Block, M. (2006): Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der AIDS-Hilfen in Deutschland. Discussion-Paper SP I 2006-301 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung..

Blumenthal, D. (1996): The Origins of the Quality-of-Care Debate. N. Engl. J. Med., 335: 1146–1149.

Boscarino, J. A. und Adams, R. E. (2004): Public perceptions of quality care and provider profiling in New York: implications for improving quality care and public health. J. Public Health Manag. Pract., 10: 241–250.

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH: www.bqs-online.de (Stand 22.05.2006).

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (Hrsg.) (2006): Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005, Düsseldorf.

Brennan, T. und Reisman, L. (2007): Value-Based Insurance Design And The Next Generation of Consumer-Driven Health Care. Health Aff., 26: w204–207.

Bridgewater, B., Grayson, A., Brooks,N., Grotte, G., Fabri, B., Au, J., Hooper, T., Jones, M. und Keogh, B. (2007): Has the publication of cardiac surgery outcome data been associated with changes in practice in Northwest England? An analysis of 25,730 patients undergoing CABG surgery under 30 surgeons over 8 years. Heart 93, 2007, 744–748.

Brook, R. H., Chassin, M. R., Fink, A., Solomon, D. H., Kosecoff und J., Park, R. E. (1986): A Method of the Detailed Assessment of the Appropriateness of Medical Technologies. Health Care, 2: 53–63.

Buajordet, I., Ebbesen, J., Erikssen, J. et al. (2001): Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. J. Int. Med., 250: 327–341.

Buchan, H. (1998): Different Countries, Different Cultures. Qual. Health Care, 7: 62.

Bufalino, V., Peterson, E. D., Burke, G. L., LaBresh, K. L., Jones, D. W., Faxon, D. P., Valadez, A. M., Brass, L. M., Fulwider, V. B., Smith, R. und Krumholz, H. M. (2006): Payment for Quality: Guiding Principles and Recommendations. Principles and Recommendations From the American Heart Association's Reimbursement, Coverage, and Access Policy Development Workgroup. Circulation, 113: 1151.

Bundesverfassungsgericht, Erster Senat (2005): Beschluss vom 6. 12. 2005, Az.: 1 BvR 347/98.

Burack, J. H., Impellizzeri, P., Homel, P., Cunningham, J. N. J. (1999): Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons. Ann. Thorac. Surg. 68: 1195–2000.

Cannon, M. F. (2006): Pay-for-performance: is Medicare a good candidate? Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics, 7: 1–38.

Casalino, L. P., Alexander, G.. C., Jin, L. R. T. und Konetzka, R. T. (2007): General Internists' Views On Pay-For-Performance And Public Reporting Of Quality Scores: A National Survey. Internists are supportive of financial incentives for quality but are concerned about possible unintended consequences. Health Affairs, 26: 492–499.

Casalino, L. P. und Elster, A. (2007): Will Pay-For Performance and Quality Reporting Affect Health Care Disparities? Health Affairs, 26: w405–414.

Casalino, L. P., Gillies, R. R., Shortell, S. M., Schmittdiel, J. A., Bodenheimer, T., Robinson, J. C., Rundall, T., Oswald, N., Schauffler und H., Wang, M. C. (2003): External Incentives, Information Technology and Organized Processes to Improve Health Care Quality for Patients With Chronic Diseases. JAMA, 289: 434.

Casalino, L. P. (1999): The Unintended Consequences of Measuring Qulity on the Quality of edical Care. N. Engl. J. Med., 341: 1147–1150.

CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) (2003a): CCHSA Patient Safety Strategy. A Vision for a Safe Health Care System.

CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) (2003b): CCHSA and Patient Safety.

CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) (2003c) of Patient Safety Indicators by Health Care Organizations From the Accreditation Perspective: Final Report to Health Canada, Ottowa.

Center for Performance Sciences: www.cpsciences.com (Stand 11.05.2006).

Chassin, M. R. (2002): Achieving and sustaining improved quality: lessons from New York State and cardiac surgery. Health Affairs, 21: 40–51.

Chassin, M. R., Hannan, E. L. und DeBuono, B. A. (1996): Benefits and Hazards of Reporting Medical Outcomes Publicly. N. Engl. J. Med., 334: 394–398.

Chatterjee, T., Schüpfer, C. und Hess, B. (2004): Röntgenkontrastmittel-induzierte Nephropathie nach diagnostischen, therapeutischen, angiologischen und kardiologischen Katheteruntersuchungen. Kardiovaskuläre Medizin, 7: 281–290.

Christensen, D. B., Neil, N., Fassett, W.E., Smith, D. H., Holmes, G. und Stergachis, A. (2000): Frequency and Characteristics of Cognitive Services Provided in Response to a Financial Incentive. J. Am. Pharm. Assoc., 40: 609–617.

CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation) (2003): Mythbusters. Myth: The public uses health-system report cards to make decisions about their healthcare. http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth12_e.pdf (Stand 04.08.2006).

CIHI (Canadian Institute for Health Information) (2004) Health Care in Canada 2004, www.cihi.org (Stand 08.08.2006)

Clancy, C. M. und Eisenberg, J. M. (1998): Outcomes Research: Measuring the End Results of Health Care Science, 282: 245–246.

Clark, R. E., Drake, R. E., McHugo, G. J. und Ackerson, T. H. (1995): Incentives for Community Treatment. Mental Illness Management Services. Med. Care, 33: 729–738.

Classen, D. C., Pestotnik, S. L., Evans, R. S. und Burke, J. P. (1991): Computerized surveillance of adverse drug events in hospital patients. JAMA, 266: 2847–2851.

Clinical Outcomes Working Group (2002): Clinical outcome indicators, May 2002. Scottish Executive, www.indicators.scot.nhs.uk/Reports/Previous.html (Stand 10.10.2006).

Clouth, J. und Schreeb, K. (2004): Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Werturteilsproblematik dargestellt am Beispiel der so genannten vierten Hürde. RPG, 10: 20–26.

Collopy, B.T. (2005): Target and tailor the data. Health Care Papers, 6: abstract.

Collopy, B.T. und Balding, C. (1993): The Australian development of national quality indicators in health care. The Joint Commission Journal on quality improvement, 19: 510–516.

Conen, D., Vagts, D., Müller und T., Dahmen, K. (2006): 9. QM-Forum: Workshop Patiententensicherheit, 1. Juli. 2006. CIRS am Universitätsklinikum Rostock. http://www.med.uni-rostock.de/fileadmin/QM_Forum/5/3-CIRS_Klinikum.pdf (Stand 12.04.2007).

Cook, D. J., Montori, V. M., McMullin, J. P., Finfer, S. R. und Rocker, G. M. (2004): Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. Lancet, 363: 1224–1230.

Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. und Kohn, L. T. (Hrsg.) (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21th Century. National Academy Press, Washington.

Council of Europe (2006): Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of safety and prevention of adverse events in health care. www.coe.int (Stand 29.06.2006).

Council of Europe (2005): Committee of experts on management of safety and quality in health care: Prevention of adverse events in health care, a system approach. Draft recommendation and explanatory memorandum, Strasbourg.

Cranovsky, R. und Schilling, J. (2003): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Zusammenfassende Darstellung laufender Bestrebungen und Methoden. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Metrologie und Akkreditierung.

Cullen, D. J., Bates, D. W., Small, S. D., Cooper, J. B., Nemeskal, A. R. und Leape, L. L. (1995): The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. Jt. Comm. J. Qual. Improv., 21: 541–548.

Currie, L. M. (2006): Fall and injury prevention. Annu. Rev. Nurs. Res., 24: 39–74.

Dassen,T. (Hrsg.) (2004): Prävalenz Erhebung 2004. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin, 2004.

Davidson, G., Moscovice, I. und Remus, D. (2007): Hospital Size, Uncertainty, and Pay-For-Performance. Upper Midwesst Rural Health Research Center, Minnesota, Febr. 2007.

Davidson, S. M., Manheim, L. M., Werner, S. M., Hohlen, M. M., Yudkowsky, B. K. und Fleming, G. V. (1992): Prepayment with Office-Based Physicians in Publicly funded Programs: Results from the Children's Medicaid Program. Pediatrics, 89: 761–767.

Davies, H. T. O. (2002): Health Care Report Cards: Implications for vulnerable patient groups and the organizations providing them care. Journal of Health, Politics, Policy and Law, 27: 379–400.

Davies, H. T. O. und Washington, A. E. (2002): Health care report cards implications for vulnerable patient groups. J. Health Polit. Policy Law, 27: 379–399.

Davies, H. T. O. (2001): Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. Quality in Health Care, 10: 104–110

Davies, H. T. O. und Marshall, M. N. (1999): Public Disclosure of Performance Data: Does the Public Get What the Public Wants? Lancet, 353: 1639–1640.

Davies, S. M., Geppert, J., McClellan, M., McDonald, K. M., Romano, P. S. und Shojania, K. G. (2001): Refinement of the HCUP Quality Indicators. Technical Review Number 4 (Prepared by UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 01-0035. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2001.

De Pouvourville, G. (2003): Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein?, in: Arnold, M., Klauber, J. und Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart: 175–88.

Devers, K. J., Pham, H. H. und Liu, G. (2004): What Is Driving Hospitals' Patient-Safety Efforts? Health Aff. 23: 103–115.

Dimick, J. B., Welch, H. G. und Birkmeyer, J. D. (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA 292: 847–851.

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2007): Kliniken starten Qualitätsoffensive – erstmals Behandlungsergebnisse vergleichbar. Tabelle A: Uneingeschränkt ztur Veröffentlichung empfohlene BQS-Qualitätsindikatoren. http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/2441/title/DKG+zur+Weiterentwicklung+der+Qualit%E4tsberichte+im+Krankenhaus (Stand 25.5.2007).

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004): Expertenstandards in der Pflege: Zur Entwicklung wissenschaftsbasierter Expertenstandards, www.dnqp.de (Stand 30.10.2006).

Döbler, K., Boy, O. und Mohr, V. D. (2007): Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Wie viel Prozess- und Ergebnisqualität steckt drin? Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12: 25–34.

Donabedian, A. (1990): The Seven Pillars of Quality. Arch. Path. Lab. 1114: 1114–1118.

Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H., Reeves, D., Kontopantelis, E., Hiroeh, U., Roland, M.: Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. N Engl J Med, 2006, 355: 375–384.

Drösler, S. E., Cools, A., Köpfer, T., Stausberg, J. (2007): Eignen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland. Z.ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. (ZaeFQ) 101: 35–42.

Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M., Satterthwaite, M. (2003): Is more information better? The effects of „report cards" on health care providers. J. Political Econ., 11: 555–588.

Drummond, M. F., Richardon, W. S., O'Brien, B. J., Levine, M. und Heyland, D. (1997): User's Guide to the Medical Literature. XIII. How to Use an Article on Economic Analysis of Clinical Practice. A. Are the Results of the Study Valid? JAMA, 277: 1552–1557.

Drummond, M.F ., Jefferson, T. O., on behalf of the BMJ Economic Evaluation Working Party (1996): Guidelines for Authors and Peer Reviewers of Economic Submissions to the BMJ. Brit. Med. J., 313: 275–283.

Dudley, R. A. und Rosenthal, M. B. (2006): Pay for Performance: A decision Guide for Purchasers. AHRQ Publication No. 06-0047, Rockville 2006.

Ebbesen, J., Buajordet, I., Erikssen, J. et al. (2001): Drug-related deaths in a department of internal medicine. Arch. Intern. Med., 161: 2317-2323.

Edwards, I. R. und Aronson, J. K. (2000): Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. Lancet, 356: 1255.

EPA (Europäisches Praxisassessment) (2005): Die lernende Praxis: Qualitätsmanagement durch Assessment und Weiterentwicklung. Aqua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen. www.europaeisches-praxisassessment.de/1/start.php (Stand 23.06.06).

Epstein, A. M. (2006): Paying for Performance in the USA and Abroad. N. Engl. J. Med., 355: 406–408.

Epstein, A. M., Lee, T. H., Hamel, M. B. (2004): Paying Physicians for High-Quality Care. N. Engl. J. Med., 350: 406–410

Epstein, A. M. (1998): Rolling Down the Runway. The Challenges Ahead for Quality Report Cards. JAMA, 279: 1691–1696.

Epstein, A. (1995): Performance Reports on Quality – Prototypes, Problems, and Prospects. N. Engl. J. Med., 333: 57–61.

EQUAM (Externe Qualitätssicherung in der Medizin): www.equam.org (Stand 22.06.2006).

EQUAM Stiftung (2006): EQUAM Arztpraxis-Standards-Set. Stufe A: Version 1.2., 30.10.2006, Basel.

Erickson, L. C., Torchiana, D. F., Schneider, E. C., Newburger, J. W. und Hannan, E. L. (2000): The Relationship Between Managed Care Insurance and Use of Lower-Mortality Hospitals for CABG Surgery, Jama, 283: 1876–1883.

Europäische Kommission (2006): Eurobarometer Spezial. Medizinische Fehler. www.ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm.

Europäische Kommission (2005): Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf, (Stand 09.10.2006)

Fairbrother, G., Siegel, M. J., Friedman, S., Kory, P. D. und Butts, G. C. (2001): Impact of Financial Incentives on Documented Immunization Rates in the Inner City: Results of a Randomized Controlled Trial. Amb. Pediatr., 1: 201–212..

Fairbrother, G., Hanson, K. L., Friedman, S. und Butts, G.C. (1999): The Impact of Physician Bonuses, Enhanced Fees and Feedback on Childhood Immunization Coverage Rates. Am J. Publ. Health, 89: 171–175.

Fairbrother, G., Friedman, S., Hanson, K. L. und Butts, G. C. (1997): Effect of the Vaccines for Children Program on Inner-City Neighborhood Physicians. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 151: 1229–1235.

FDA (Federal Drug Administration) (2006): Guidance for Industry. Patient Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development To Support Labeling Claims. Rockville 2006.

Fialova, D., Topinkova, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jonsson, P. V., Carpenter, I., Schroll, M., Onder, G., Sorbye, L.W., Wagner, C., Reissigova, J. und Bernabei, R. (2005): Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. J. Am. Med. Assoc., 293(11): 1348–1358.

Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, R. und Beers M. H. (2003): Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Arch. Intern. Med., 163: 2716.

Fisher, E. S. (2006): Paying For Performance – Risks and Recommendations. N. Engl. J. Med., 355: 1845–1847.

Francis, D. O., Beckman, H., Chamberlain, J., Partridge, G. und Greene, P.A. (2006): Introducing a Multifaceted to Improve the Management of Otitis Media: How Do Pediatricians, Internists, and Family Physicians Respond? Am. J. Med. Qual., 21: 134–143.

Fries, S. und Hart, D. (2006): Die Pharmakovigilanz an der Schnittstelle zwischen Produkt.

Frölich, A., Talavera, J. A., Broadhead, P. und Dudley, R. A. (2007): A Behaviorable Model of Clinician Responses to incentives to Improve Quality. Health Policy, 80: 179–193.

Galvin, R. S. (2006): Pay-For-Performance: Too Much of a Good Thing? A Conversation with Martin Roland. Lessons Learned from the U.K. Experience with Pay-For-Performance. Health Affairs, 25: w412–419.

Galvin, R. S., Delbanco, S., Milstein, A. und Belden, G. (2005): Has The Leapfrog Group Had An Impact On The Health Care Market? Health Aff. 24: 28–33.

Garbe, E. und Müller-Oerlinghausen, N. (1998): Datenbanken im Ausland für die Arzneimittelforschung nach der Zulassung. Ein Modell auch für Deutschland? Dtsch. Ärztebl., 49: 3138–3143.

Garbe, E. (1999): Okuläre Hypertension. Offenwinkelglaukom und Katarakt als unerwünschte Wirkungen am Auge. Eine pharmakoepidemiologische Datenanalyse. Habilitationsschrift Universitätsklinikum Charité, Berlin.

Garms-Homolová, V. und Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln: Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Berlin und Göttingen.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss): www.g-ba.de (Stand 12.04.2006).

Geraci, J. M., Ashton, C. M., Kuykendall, D. H., Johnson, M. L. und Wu, L. (1997): International Classification of Diseases, 9th Revision. Clinical Modification codes in discharge abstracts are poor measures of complication occurrence in medical inpatients. Med. Care, 35:589–602.

Geraedts, M. (2007): Auswirkungen von Qualitätsregulierungen auf das Angebot von Krankenhausleistungen, in: Klauber, J. Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report (2006). Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart 2007: 187–203.

Glaeske, G. (2006): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchspotenzial, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg), Jahrbuch Sucht, 06: 87–103.

Glaeske, G. und Janhsen, K. (2006): GEK-Arzneimittel-Report 2006, St. Augustin.

Glaeske, G. (1992): Consumer epidemiology of Halcion (triazolam) Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol., 30(11): 465–467.

Göttler, M., Schneeweiss, S. und Hasford, J. (1997): Adverse drug reaction monitoring – cost and benefit considerations part II: cost and preventability of adverse drug reactions leading to hospital admission. Pharmacoepidemiol. Drug. Saf., 6: S79–S90.

Goldfield, N., Larson, C., Roblin, D., Siegal, D., Eisenhandler, J. und Leverton, I. (1999): The Content of Report Cards: Do Primary Care Physicians and Managed Care Medical Directors Know What Health Plan Members Think Is Important. J. Qual. Improv., 25: 422–433.

Grady, K. E., Lemkau, J. P., Lee, N. R. und Caddell, C. (1997): Enhancing Mammography Referral in Primary Care Prev. Med., 26: 791–800.

Grandt, D. (2005): Medikationsfehler – das Eisbergphänomen. Die Ersatzkasse, 6: 239–241.

Green, J., Wintfeld, N. (1995): Report cards on cardiac surgeons: assessing New York State's approach. N. Engl. J. Med., 332: 1229–1232.

Greene, R. A., Beckman, H., Chamberlain, J., Partridge, G., Miller, M., Burden, D. und Kerr, J. (2004): Increasing Adherence to a Community-Based Guideline for Acute Sinusitis Through Education, Physician Profiling, and Financial Incentives. Am. J. Manag. Care, 10: 670–678.

Gregg, W., Moscovice, I. und Remus, D. (2006): The Implementation of Pay-For-Performance in Rural Hospitals: Lessons from the Hospital Quality Incentive Demonstration Project. Upper Midwest Rural Health Research Center, Minnesota.

Griese, N., Hämmerlein, A. und Schulz, M. (2006): Ergebnisse der Aktionswoche „Arzneimittelbezogene Probleme”. Pharm. Ztg., 151 (25): 2374.

Groene, O. (2006): Vorschläge der WHO zur umfassenden Leistungsbewertung von Krankenhäusern. Gesundh. ökon. Qual.manag., 11: 226–233.

Groene, O. (2005): Pilot test of the performance assessment tool for quality improvement in hospitals. Report on WHO Workshop, Barcelona.

Grol, R. und Grimshaw, J. (2003): From Best Evidence to Best practice: Effective Implementation of Change in Patients' Care. Lancet, 362: 1225–1230..

Grossbart, S. R. (2006): What's the Return. What is the Effect of „Pay for Performance” Initiatives on the Quality of Care Delivery. Med. Care Res. Rev., 63: 29S–48S.

Hannan, E. L., Racz, M. J., Walford, G., Ryan, T. J., Isom, O. W., Bennett, E. und Jones, R. H. (2003): Predictors of Readmission for Complication of Coronary Artery Bypass Graft Surgery. JAMA, 290: 773–780.

Hannan, E. (1997): Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: What do New York State cardiologists think of it? American Heart Journal, 134: 55–61.

Hannan, E. L., Kilburn, H., Racz, M., Shields, E. und Chassin, M. R. (1994): Improving the Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery in New York State. JAMA, 271: 761–766.

Hannan, E. L., Kilburn, H., Lindsey, M. L. und Lewis, R. (1992): Clinical versus administrative data bases for CABG surgery: does it matter? Med. Care, 30: 892–907..

Hart, D. (2005): Leitlinien und Haftungsrecht. Inkorporation, Rezeption und Wissensbasis in Wissenschaft und Praxis, in: Hart, D. (Hrsg.), Klinische Leitlinien und Recht. Reihe Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Band 8, Baden Baden 2005: 81–103.

Heede, M.B. (2002): Prävention der Kontrastmittelnephropathie durch intravenöse Hydratation. Inaugural-Dissertation. Medizinische Fakultät, Tübingen.

Heinzl, S. (2005): Medikationsfehler in deutschen Krankenhäusern. Arzneimitteltherapie Editorial, 23: 1.

Helberg, D., Mertens, E., Halfens, R. J. und Dassen, T. (2006): Treatment of pressure ulcers: results of a study comparing evidence and practice. Ostomy/wound manangement, 52: 60–72.

Helios Kliniken GmbH (2006): Medizinischer Jahresbericht 2005. Kompetenz in Medizin. Helios Kliniken GmbH, Fulda.

Heller, G., Swart, E. und Mansky, Th. (2003): Qualitätsanalysen mit Routinedaten: Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschaftsprojekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR), in: Klauber, J., Robra, B.P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Bonn: 271–288.

Hibbard, J.H., Stockard, J. und Tusler, M. (2005a): It isn't just about choice: the potential of a public performance report to affect the public image of hospitals. Med. Care Res. Rev., 62: 358–371.

Hibbard, J. H., Stockard, J. und Tusler, M. (2005b): Hospital Performance Reports: Impact On Quality, Market Share, and Reputation. Evidence from a controlled experiment shows the long-term effects of reporting hospitals' performance ratings to the public. Health Aff., 24: 1140–1160.

Hibbard, J. H., Stockard, J. und Tusler, M. (2003): Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement? Health Aff., 22: 84–94.

Hibbard, J. H., Jewett, J. J., Engelmann, S. und Tusler, M. (1998): Can Medicare Beneficiaries Make Informed Choices? Health Affairs, 17: 181–193.

Hibbard, J. H. und Weeks, E. C. (1989): Does the Dissemination of Comparative Data on Physician Fees Affect Consumer Use of Services? Med. Care, 27: 1167–1174.

Hickson, G. B., Altemeier, W. A. und Perrin, J. M. (1987): Physician Reimbursement by Salary or Fee-for-Service: Effect on Physician Practice Behavior in a Randomized Prosepctive Study. Pediatrics, 80: 344–350.

Hillman, A. L., Ripley, K., Goldfarb, N., Nuamah, I., Weiner, J. und Lusk, E. (1998): Physicians Financial Incentives and Feedback: Failure To Increase Cancer Screening in Medicaid Managed Care. Am. J. Publ. Health, 88: 1699–1701.

Hillman, A. L., Ripley, K., Goldfarb, N., Weiner, J., Nuamah, I. und Lusk, E. (1999): The Use of Physician Financial Incentives and Feedback to Improve Pediatric Preventive Care in Medicaid Managed Care. Pediatrics, 104: 931–934.

Hitcho, E. B., Krauss, M. J., Birge, S., Claiborne Dunagan, W., Fischer, I., Johnson, S., Nast, P. A., Costantinou, E. und Fraser, V. J. (2004): Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. J. Gen. Intern. Med., 19: 732–739.

Hoffmann, F. und Glaeske, G. (2006a): Inzidenz proximaler Femurfrakturen in Deutschland. Gesundheitswesen, 68(3): 161.

Hoffmann, F. und Glaeske, G. (2006b): Neugebrauch von Benzodiazepinen und das Risiko einer proximalen Femurfraktur. Eine Case.

HSR&D (Health Services Research and Development Services) (2003): Identifying Patient Safety Indicators from Administrative Data, www.hsrd.research.va.gov (Stand 10.05.2006).

Iezzoni, L. I., Daley, J., Heeren, T., Foley, S. M., Fisher, E. S., Duncan, C., Hughes, J. S. und Coffman, G. A. (1994): Identifying complications of care using administrative data. Med. Care, 1994: 700–715.

Iezzoni, L. I., Foley, S. M., Heeren, T., Daley, J., Duncan, C. C., Fischer, E. S. und Hughes, J. (1992): A Method for Screening the Quality of Hospital Care Using Administrative Data: Preliminary Validation Results. Qual. Rev. Bull., 18: 361–371.

Institute of Medicine (2007): Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. National Academy Press, Washington.

Institute of Medicine (2006): Performance Measurement: Accelerating Improvement. National Academy Press, Washington.

International Qualtiy Indicator Project : www.internationalqip.com (11.05.2006).

ISDB – International Society of Drug Bulletins (2005): Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz. Wie sich die Sicherheit von Arzneimitteln verbessern lässt, Berlin.

Ito, H. und Sugawara, H. (2004): Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study. Qual Saf Health Care, 14: 87–92.

Jackson, R. (2000): Appropriateness of Care in Various Dimensions: An Introduction, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Appropriateness in Health Care Services. Report of a WHO-Workshop in Koblenz from 23. to 25.3.2000. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, 136, Baden Baden 2001: 42–44.

Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D. und Berwick, D. M. (2006): Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. Qual. Saf. Health Care 15: 235–239.

Jakubowski, E., (2000): Appropriateness and health technology assessment in international programmes. WHO-Workshop on Appropriateness in Health Care Services, Koblenz, 23-25.03.2000.

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) (2007): http://www.jointcommission.org/PublicPolicy/pay.htm (Stand 17.4.2007.

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) (Hrsg) (1990): Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Oakbrook Terrace, Illinois.

Jencks, S. F., Huff, E. D. und Cuerdon, T. (2003): Change in the Quality of Care Delivered to Medicare Beneficiaries, 1998-1999 to 2000-2001. JAMA, 289: 305–312

Jewett, J. J., und Hibbard, J. H. (1996): Comprehension of Quality Care Indicators: Differences Among Privately Insured, Publicly Insured, and Uninsured. Health Care Financing Review, 18: 75–94.

Jha, A. K., Epstein, A. M. (2006): The Predictive Accuracy Of The New York State Coronary Artery Bypass Surgery Report-Card System. What impact has the New York State CABG reporting system had on market share and surgical practice? Health. Aff. 25: 844–55.

Kahan, J. (2000): Introduction into appropriateness methods. Referat WHO-Workshop on Appropriateness in Health Care Services, Koblenz.

Kahn, C. N., Ault, T., Isenstein, H., Potetz, L. und van Gelder, S. (2006): Snapshot of Hospital Quality Reporting and Pay-For-Performance under Medicare. Health Aff., 25: 148–162.

Kaiser Family Foundation und AHRQ (2000): National Survey on Americans as Health Care Consumers: An Update on The Role of Quality Information, Menlo Park, California.

Kaushal, R., Bates, D. W., Landrigan, C., McKenna, K. J., Clapp, M. D., Federico, F., Goldmann, D.A. (2001): Medication errors and adverse drug events in paediatric inpatients. JAMA, 285: 2114–2120.

Kazandjian, V. A., Wicker, K., Ogunbo, S. und Silverman, N. (2004): Understanding safer practices in health care: a prologue for the role of indicators. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 11: 161–170.

Kelley, E. und Hurst, J. (2006): Health Care Quality Indicators Project. Initial Indicators Report, OECD.

Kindig, D. A. (2006): A Pay-for-Population Health Performance System. JAMA 296: 2611–2613.

Kizer, K. W. (2001): Establishing Health Care Performance Standards in an Era of Consumerism. JAMA, 286: 1213–1217.

Klinik-Führer Rhein-Ruhr (Hrsg.) (2005): Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2005/2006, Essen.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. und Donaldson, M. S. (Hrsg.) (1999): To Err Is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Washington.

Kouides, R. W., Bennett, N. M., Lewis, B., Cappuccio, J. D., Barker, W. H., LaForce, M. and the primary-care physicians of Monroe group (1998): Performance-Based Physician Reimbursement and Influenza Immunization Rates in the Elderly. Am. J. Prev. Med., 14: 89–95.

Kovner, C., Gergen, P. H. (1998): Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. Image J. Nurs. Sch., 30: 315–321.

Kristensen, S., Mainz, J. und Bartels, P. (2007a): Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE – Work Package 4. ESQH, Aarhus, Dänemark, February 2007, www.simpatie.org.

Kristensen, S., Mainz, J. und Bartels, P. (2007b): Establishing a Set of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE – Work Package 4. ESQH, Aarhus, Dänemark, Kristensen, S., Mainz, J., Bartels, P.: Establishing a Set of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe, SimPatIE, Work Package 4, March 2007, www.simpatie.org.

Kristensen, S., Mainz, J. und Bartels, P. (2007c): A Patient Safety Vocabulary. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE – Work Package 4. ESQH, Aarhus, Dänemark, March 2007, www.simpatie.org.

Kuhmerker, K. und Hartman, T. (2007): Pay-for-Performance in State Medicaid Programs. A Survey of State Medicaid Directors and Programs. The Commonwealth Fund, Publ. No. 1018, April 2007.

Lanier, D. C., Rolan, D. M., Burstin, H. und Knottnerus, J. A. (2003): Doctor performance and public accountability. Lancet, 362: 1404–1408.

Lansky, D. (2002): Improving Quality Through Public Disclosure of Performance Information, Health Affairs, 21: 52–62.

Laum, H. D. (2000): Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Köln.

Lawthers, A., McCarthy, E., Davis, R., Peterson, L., Palmer, R. und Iezzoni, L. (2000): Identification of in-hospital complications from claims data: Is it valid? Med. Care, 38: 785–795.

Lazarou, J., Pomeranz, B. H., Corey, P. N. (1998): Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA, 279: 1200–1205.

Leape, L. L. und Berwick, D. M. (2005): Five Years After To Err Is Human. JAMA, 293: 2384–2390.

Leape, L. L, Berwick, D. M. und Bates, D. W. (2002): What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. JAMA, 288: 501–507.

Lee, T. H., Meyer, G. S. und Brennan, T. A. (2004): A Middle Ground on Public Accountability. N. Engl. J. Med., 350: 2409.

Lega, F. und DePietro, C. (2005): Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond the Professional Bureaucracy. Health Policy, 74: 261–281.

Levin-Scherz, J., DeVita, N., Timbie, J. (2006): Impact of Pay-For-Payment Contracts and Network Registry on Diabetes and Asthma HEDIS Measures in an Integrated Delivery Network. Med. Care Res. Rev. 63: 14S–28S.

Lichtenstein, M. L., Griffin, M. R., Cornell, J E., Malcolm, E., Ray, W. A. (1994): Risk factors for hip fracture occurring in the hospital. American Journal of Epidemiology, 140: 830–838.

Lichtig, L. K., Knauf, R. A., Hilholland, D. K. (1999): Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. J Nurs Adm., 29: 25–33.

Lilford, R., Mohammed, M. A., Spiegelhalter, D., Thomson, R. (2004): Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. Lancet, 363: 1147–1154.

Lindenauer, P. K., Remus, D., Roman, S., Rothberg, M. B., Benjamin, E. M., Ma, A. und Bratzler, D. W. (2007): Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. N. Engl. J. Med., 356: 486–496.

Löfgren, M., Sundström Poromaa, I., Stjerndahl, J. H. und Renström, B. (2004): Postoperative infections and antibiotic prophylaxis for hysterectomy in Sweden: a dtudy by the Swedish National Register for Gynäkologic Surgery. Acta. Obstet. Gynecol. Scand., 83: 1202.

Longo, D. R., Land, G., Schramm, W., Fraas, J., Hoskins, B. und Howell, V. (1997): Consumer Reports in Health Care. Do They Make a Difference in Patient Care?. JAMA, 278: 1579–1584.

Mannion, R. und Davies, H. T. O. (2002): Report cards in health care: learning from the past; prospects for the future. J. Eval. Clin. Pract., 8: 215–228.

Mannion, R. and Goddard, M. (2001): Impact of Published Clinical Outcomes Data: Case Study in NHS Hospital Trusts. Brit. Med. J., 323: 260–263.

Marciniak, T. A., Ellerbeck, E. F., Radford, M. J., Kresowik, T. F., Gold, J. A., Krumholz, H. M., Kiefe, C. I., Allman, R. M., Vogel, R. A. und Jencks, S.F. (1998): Improving the Quality of Care for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction: Results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA, 279: 1351–1357.

Marshall, M. N. und Romano, P. S. (2005): Impact of reporting hospital performance. Qual. Saf. Health Care, 14: 77–78.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., McGlynn, E. A., Campbell, S., Brook, R. H. und Roland, M. O. (2003a): Can health care quality indicators be transferred between countries? Quality and Safety in Health Care, 12: 8–12.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Davies, H. T. und Smith, P.C. (2003b): Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Aff. (Millwood), 22: 134–148.

Marshall, M., and Brook, R. H. (2002): Public reporting of comparative information about quality of healthcare. MJA, 176: 205–206.

Marshall, M. (2002): What may be gained from the public release of performance data? www.isqua.org.au/…/IndicatorProgram/Monday %20Plenary/Plenary-ppt.pdf/IND045Marshall-ppt.pdf.

Marshall, M., Shekelle, P. G., Leatherman und S., Brook, R. H. (2000a): The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA, 283: 1866–1874.

Marshall, M., Shekelle, P. G., Brook, R. H. und Leatherman, S. (2000b): Dying to Know: Public Release of Information about Quality of Health Care. RAND Monograph Report.

Maryland Hospital Association Quality Indicator Project: www.qiproject.org.

McCarthy, E. P., Iezzoni, L .I., Davis, R. B., Palmer, R. H., Cahalene, M., Hamel, M. B. et al. (2000): Does clinical evidence support ICD-9-CM diagnosis coding of complications? Med. Care, 38: 868–876.

McCormick, D., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S., Wolfe, S. M. und Bor, D. H. (2002): Relationship between low quality-of care scores and HMOs' subsequent public disclosure of quality-of-care scores. JAMA, 288: 1484–1490.

McDonald, K. M., Romano, P. S., Geppert, J., Davies, S. M., Duncan, B. W. und Shojania, K. G. (2002): Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data – The Patient Safety Indikators. Technical Review 5, AHRQ Publication. No. 02-0038.

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. und Kerr, E. A. (2003): The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. N. Engl. J. Med., 348: 2635–2645.

McKee, T.C. und Ward, T.J. (1995): From Theory to Practice: Managing Quality under cost Constraints, in: Kazandjian, V.A. (Ed.): The Epidemiology of Quality. Aspen Publ., p.: 269–296.

McKibben, L, Fowler, G., Horan, T., Brennan, P.J. (2006): Ensuring rational public reporting systems for health care-associated infections: systematic literature review and evaluation recommendations. Am J Infect Control, 34: 142–149.

McLeod, P. J., Huang, A. R., Tamblyn, R. M. und Gayton, D. C. (1997): Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. Can. Med. Assoc. J., 156 (3): 385.

McLoughlin, V. Leatherman, S., Fletcher, M. und Owen, J. W. (2001): Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. International Journal for Quality in Health Care, 13: 455–462.

McMenamin, S. B., Schauffler, H. H., Shortell, S. M., Tundall, T. G. und Gillies, R. R. (2003): Support for Smoking Cessation Interventions in Physician Organizations. Results from a National Study. Med. Care 41: 1394–1406.

McMullan, M. (1996): HCFA's consumer information commitment, Health Care Financing Rev., 18: 9–14.

Mehrotra, A., Bodenheimer, T. und Dudley, R. A. (2003): Employer's efforts to measure and improve hospital quality:determination of success. Health Aff., 22: 60–71.

Mennemeyer, S. T.,. Morrisey, M. A. und Howard, L .Z. (1997): Death and Reputation: How Consumers Acted Upon HCFA Mortality Information. Inquiry, 34: 117–28.

Meterko, M., Young, G. J., White, B., Bokhour, B. G., Burgess, J. F., Berlowitz, D., Guldin, M. R. und Seibert, M. N. (2006): Provider Attitudes towards Pay-For-Performance Programs: Development and Validation of a Measurement Instrument. Health Res. Educ. Trust, 41: 1959–1978.

Michel, P., Quenon, J. L., de Sarasqueta und A. M., Scemama, O. (2004): Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ, 328: 199–203.

Middeke, M. (2006) (Hrsg.), Patientenrelevante Endpunkte und ihre Bedeutung in der Medizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Supplement Nr. 1, 19:1.

Millar, J. und Mattke, S. (2004): Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers No. 18, OECD.

Miller, M. R., Elixhauser, A., Zhan, C., and Meyer, G. S. (2001): Patient Safety Indicators: Using Adiministrative Data to Identify Potential Patient Safety Concerns. Health Services Research, 36: 110–132.

Mittendorf, R., Aronson, M. P., Berry, R.E., Williams, M. A., Kupelnick, B., Klickstein, A., Herbst, A. L., Chalmers, T. C. (1993): Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: a meta-analysis of antibiotic prophylaxis. Am. J. Obstet. Gynecol., 169 (5): 1119–1124.

Morrow, R. W., Gooding, A. D., Clark, C. (1995): Improving Physician's Preventive Health Care Behavior Through Peer Review and Financial Incentives. Arch. Fam. Med., 4: 165–169.

Mukamel, D. B. und Mushlin, A. I. (1998): Quality of Care Information Makes a Difference. An Analysis of Market Share and Price Changes After Publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. Med. Care, 36: 945–954.

Mohr, V., Bauer, J., Döbler, K., Eckert, O., Fischer, B., Woldenga, C. (Hrsg) (2006): Qualität sichtbar machen. BQS_Qualitätsreport 2005. Düsseldorf 2006.

Moore, N., Lecointre, D., Noblet, C., Mabille, M. (1998): Frequency and cost of serious adverse drug reactions in a department of general medicine. Br J Pharmacol, 45: 301.

Müller, T. (2006): Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler. 9. QM-Forum, Workshop Patientensicherheit. 1. Juli 2006.

Nahra, T. A., Reiter, K. L., Hirth, R. A., Shermer, J. E., Wheeler, J.R.C. (2006): Cost-Effectiveness of Hospital Pay for Performance Incentives. Med. Care Res. Rev., 63: 49S–72S.

National Committee for Quality Assurance: www.ncqa.org (10.04.2006).

National Forum on Quality (2007): CEO survival guide to pay for performance, http://www.navigatingquality.org, 17.4.2007, access 22.4.2007.

National Healthcare Quality Report: www.qualitytools.ahrq.gov/qualityreport (10.04.2006).

NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) (2007): About Medication Errors. What is a Medication Error? www.nccmerp.org/about MedErrors.html (10.06.2007).

NHS (National Health Service): www.nhs.uk (11.05.2006).

NHS (National Health Service) (2002): Performance Indicators http://www.performance.doh. gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/ha.html.

Norton, E. C. (1992): Incentive Regulation of Nursing Homes. J. Health Econ. 11: 105–128.

NSW Health (1999): A framework for Managing the Quality of Health Services in New South Wales, NSW Health Department.www.health.nsw.gov.au (26.06.2006).

NSW Department of Health (2003): NSW Health System Performance Indicators, NSW Department of Health. www.health.nsw.gov.au (26.06.2006).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development): www.oecd.org (18.04.2006).

O'Leary, D. S. (1998): Reordering performance measurement priorities. Health Affairs, 17:38–39.

Olsen, S., Neale, G., Schwab, K., Psaila, B., Patel, T., Chapman, E. J., Vincent, C. (2007): Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance, and local real time review may all have their place. Q. Saf. Health Care, 16: 40–44.

Omoigui, N. A., Miller, D. P., Brown, K. J., Annan, K., Cosgrove, D., Lytle, B., Loop, F., Gopol, E. J. (1996): Outmigration for coronary bypass surgery in an era of public dissemination of clinical outcomes. Circulation, 93: 27–33.

Øvretveit, J. (2003): What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? WHO Regional Office for Europe, Denmark.

Pai, C. W., Finnegan, G.K. und Satwicz, M. J. (2002): The combined effect of public profiling and quality improvement efforts on heart failure management. Jt. Comm. J. Qual. Improv., 28: 614–624.

Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M. und Alvarez-Nieto, C. (2006): Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. Journal of advance nursing, 54: 94–110.

Park, R. E., Brook, R. H., Kosecoff, J., Keesey, J., Rubenstein, L., Keeler, E., Kahn, K. L., Rogers, W. H. und Chassin, M. R. (1990): Explaining variations in hospital death rates. Randomness, severity of illness, quality of care. JAMA, 264: 484–90.

Perry, S. und Eliastam, M. (1981): The National Center for Health Care Technology. JAMA, 245: 2510–2511.

Peterson, E. D., deLong, E. R., Jollis, J. G., Muhlbaier, L. H. und Mark, D. B. (1998): The effects of New York's bypass surgery provider profiling on access to care and patient outcome in the elderly. JACC, 32 :993–999.

Petersen, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C. und Sookanan, S. (2006): Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? Ann. Intern. Med., 145: 265–272.

Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Grenn, C., Scott, A. K., Walley, T. J., Farrar, K., Park, B. K. und Breckenridge, A.M. (2004): Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ, 329: 15–19.

Pourat, N., Rice, T., Tai-Seale, M., Bolan, G. und Nihalani, J. (2005): Association between Physician Compensation Methods and Delivery of a Guideline-Concordant STD-Care: Is There a Link? Am J. Man. Care, 11: 426–432.

Powell, H., Lim, L. L. und Heller, R. F. (2001): Accuracy of administrative data to assess comorbidity in patients with heart disease: an Australian perspective. J. Clin. Epidem., 54: 687–693.

Pulcins, I. und Wan, E. (2004): In-Hospital Hip Fractures in Canada: Using Information to Improve Patient Safety. Healthcare Quarterly, 7: 25–27.

Rainwater, J. A. und Romano, P. S. (2003): What data do California HMOs use to select hospitals for contracting? Am. J Mang Care, 9: 553–561.

RAND (Research and Development) Corporation) (2005): Assessment of the National Safety Initiative. Context and Baseline Evaluation Report 1.

Rawlins, M. D. und Thompson, J. W. (1977): Pathogenesis of adverse drug reactions: Textbook of adverse drug reactions, Oxford.

Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex (2006): Deutscher Corporate Governance Kodex 2006, http://www.corporate-governance-code.de/ger/download/D_CorGov_Endfassung_Juni_2006.pdf, Zugriff 17.4.2007.

RKI (Robert Koch-Institut) (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12: Dekubitus, Berlin.

Robinowitz, D.L. und Dudley, R.A. (2006): Public reporting of provider performance: Can its impact be made greater? Annual Review of Public Health, 27: 517–536.

Robinson, S. und Brodie, M. (1997): Understanding the Quality Challenge for Health Consumers: the Kaiser/AHCPR Survey. J. Qual. Improvem., 23: 239–44.

Roland, M. (2004): Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom. N. Engl. J. Med, 251: 1448–1454.

Romano, P. S. und Zhou, H. (2004): Do well publicized risk-adjusted outcomes reports affect hospital volume? Med. Care 42: 367–77.

Romano, P. S., Geppert, J. J., Davies, S., Miller, M. R., Elixhauser, A. und McDonald, K. M. (2003): A National Profile Of Patient Safety In U.S.Hospitals. A Low-Cost, Universally Available Administrative Data Set Allows Tracking of Patient Safety Indicators in Hospitals Across the Country. Health Affairs 22: 154–166.

Romano, P. S. und Chan, B. K. (2000): Risk-Adjusting Acute Myocardial Infarction Mortality: Are APR-DRGs the Right Tool? Health Services Res., 34: 1469–1489.

Romano, P. S., Rainwater, J. A. und Deirdre, A. (1999): Grading the Graders: How Hospitals in California and New York Perceive and Interpret Their Report Cards. Medical Care 37: 295–305.

Rosenthal, G. E., Quinn, L. und Harper, D. L. (1997): Declines in Hospital Mortality Associated with a Regional Initiative to Measure Hospital Performance. Am. J. Med. Qual., 12: 103–112.

Rosenthal, M. B. und Dudley, R. A. (2007): Pay-For-Performance. Will the Latest Payment Trend Improve Care? JAMA, 297: 740–747.

Rosenthal, M. B., Landon, B. E., Normand, S.-L. T., Frank, R. G. und Epstein, A. M. (2006): Pay For Performance in Commercial HMOs. N. Engl. J. Med., 355: 1895–1902.

Rosenthal, M. B. und Frank, R. G. (2006): What is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care. Med. Care Res. Rev., 63: 135–157.

Rosenthal,M. B., Frank, R. G., Li, Z. und Epstein, A. M. (2005): Early Experince with Pay For Performance. From Concept to Practice. JAMA, 294: 1788–1793.

Rosenthal, M. B., Fernandopulle, R., Song, H. R. und Landon, B. (2004): Paying For Performance: Provider's Incentives For Quality Improvement. Health Aff., 23: 127–141.

Roski, J., Jeddeloh, R., An. L., Lando, H., Hannan, P., Hall, C. und Zhu, S.-H. (2003): The Impact fo Financial Incentives and a Patient Registry on Preventive Care Quality: Increasing Provider Adherence to Evidence-Based Smoking Cessation Practice Guidelines. Prev. Med. 36: 191–199.

Rosner, F., Berger, J. T., Kark, P., Potash, J. und Bennett, A. J. (2000): Disclosure and Prevention of Medical Errors. Arch. Intern. Med., 160: 2089–2092.

Rueden, H., Gastmeier, P., Daschner, F. und Schumacher, M. (1996): Nosokomiale Infektionen in Deutschland. Epidemiologie in den alten und neuen Bundesländern. Dtsch. Med. Wschr. 121: 1281–1287.

Safran, D. G., Rogers, W. H., Tarlov, A. R., Inui, T., Taira, D. A., Montgomery, J. E., Ware, J. E. und Slavin, C. P. (2000): Organizational and Financial Characteristics of Health Plans. Arch. Intern. Med. 160: 69–76.

Samore, M. H., Bateman, K., Alder, S.C., Hannah, E., Donnelly, S., Stoddard, G. J., Haddadin, B., Rubin, M. A, Williamson, J., Stults, B., Rupper, R. und Stevenson, K. (2005): Clinical Decision Support and Appropriateness of Antimicrobial Prescribing. A Randomized Trial. JAMA, 294: 2305–2314.

Samore, M. H., Evans, R. S., Lassen, A., Gould, P., Lloyd, J., Gardner, R. M., Abouzelof, R., Taylor, C., Woodbury, D. A., Willy, M. und Bright, R. A. (2004): Surveillance of Medical Device–Related Hazards and Adverse Events in Hospitalized Patients. JAMA, 291: 325–334.

Schauffler, H. H. und Mordavsky, J. K. (2001): Consumer reports in health care: do they make difference? Annu. Rev. Public Health, 22: 69–89.

Scheibler F., Freise D. C., Eickstädt, U., Schrappe, M. und Pfaff, H. (2001): Der Patient als Kotherapeut? Eine Typologie des Patientenverhaltens, in: Pfaff, H., Freise, D.C., Mager, G. und Schrappe, M.: Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Veröffentlichungsreihe der Abt. Medi-

zinische Soziologie des Institutes für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, Köln: 63–89

Schlandern, M. (2003): Zur Logik der Kosteneffektivität. Dtsch Ärztebl., 100: A 2140–2141.

Schneeweiss, S., Hasford, J., Göttler, M., Hoffmann, A., Riethling, A. K. und Avorn J.(2002): Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. Eur. J. Clin. Pharmacol., 58: 285–291.

Schneeweiss, S. und Sangha, O. (2001): Leistungsvergleiche in der Medizin. Bedarf, Anforderungen und Wege zur Akzeptanz. Dtsch. Med. Wschr., 126: 918–924.

Schneider, E. C und Liebermann, T. (2001): Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. Qual. Health care, 10: 67–68.

Schneider, E. C., Riehl, V., Courte-Wienecke, S., Eddy, D. M. und Sennett, C. (1999): Enhancing Performance Measurement. NCQA's Road Map for a Health Information Framework. JAMA 282: 1184–90.

Schneider, E. C. und Epstein, A. M. (1998): Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. International Journal for Quality in Health Care, 15: 1638–1642.

Schneider, E. C. und Epstein, A. M. (1996): Influence of Cardiac-Surgery Performance Reports on Referral Practices and Access to Care. A Survey of Cardiovascular Specialists. N. Engl. J. Med., 335: 251–256.

Schnurrer, J. U. und Frölich, J. C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Internist, 44: 889–895.

Schrappe, M., Lessing, C., Albers, B., Conen, D., Gerlach, F., Hart, D., Grandt, D., Jonitz, G., Lauterberg, J., Loskill, H. und Rothmund, M. (2007): Agenda Patientensicherheit 2007, Witten.

Schrappe, M. und Scriba, P. C. (2006): Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes., 100: 571–80.

Schrappe, M., Lessing, C., Jonitz, G., Grandt, D., Conen, D., Gerlach, F., Hart, D., Lauterberg, J., Loskill, H. und Rothmund, M. (2006): Agenda Patientensicherheit 2006, Witten.

Schrappe, M. (2005): Patientensicherheit und Risikomanagement. Med. Klein, 100, 478–485.

Schrappe, M. (2001): Indikatoren, in: Lauterbach K.W., Schrappe, M. Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidenced-based Medicine. Eine systematische Einführung, Stuttgart.

Scott, I. A. und Ward, M. (2006): Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. Med. J. Aust., 184: 571–575.

Seagroatt, V. und Goldacre, M. J. (2004): Hospital Mortality League Tables: Influence of Place of Death. Brit. Med. J., 328: 1235–1236.

Shekelle, P. G. (2001): Are Appropriateness Criteria Ready for Use in Clinical Practice? N. Engl. J. Med., 344: 677–678.

Shen, Y (2003): Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System. Health Serv. Res., 38, 2003, 535–552.

Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., und Wachter, R. B. (2001): Evidence Report/Technology Assessment Number 43. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. AHRQ Publication 01-E058.

Siebers, L. (2005): Der medizinische Qualitätsbericht: Bewertung und Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Inaugural-Dissertation. Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Sirio, C. A. und McGee, J. L. (1996): Public Reporting of Clinical Outcomes: the Data Needs of Health Care Stakeholders. Am. J. Med. Qual., 11: 78–81.

Sorbero, M. E. S., Damberg, C. L., Shaw, R., Teleki, S., Lovejoy, S., Decristofaro, A., Dembosky, J. und Schuster, C. (2006) for the RAND Corporation: Assessment of Pay-For-Performance Options for Medicare Physician Services: Final Report. Prepared for the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of health and Human Services, May 2006.

Staehle, W. H. (1999): Management: eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 8. Auflage, München 1999.

State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services (1999): Acute Health Clinical Indicator Project. Final Report, Victoria, Australia. www.health.vic.gov.au (26.06.2006).

State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services, Acute Health Division (1996): Acute Health Performance Indicators: Strategy for Victoria. A discussion paper, Vitoria, Australia. www.health.vic.gov.au (26.06.2006).

Statistics Canada and CIHI (Canadian Institute for Health Inrformation) (2006): Component of Statistics Canada, Catalogue no. 82-221-XIE. Health Indicators – vol. 2006, no. 1.

Steel, N., Melzer, D., Shekelle, P.G., Wenger, N. S., Forsyth, D. und McWilliams, B. C. (2004): Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible. Qual. Saf. Health Care, 13: 260–264.

Studdert, D. M., Thomas, E .J., Burstin, H. R., Zbar, B. I. W., Orav, E. J. und Brennan, T. A. (2000): Negligent Care and Malpractice Claiming Behaviour in Utah and Colorado. Med. Care, 38: 250–260.

Tan, K. M., Austin, B., Shaugnassy, M., Higgins, C., McDonald, M., Mulkerrin, E. C. und O'Keefe, S. T. (2005): Falls in acute hospital and their relationship to resraint use. Ir. J. Med. Sc., 174: 28–31.

Taxis, K. und Barber, N. (2003a): Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. BMJ, 326: 684–688.

Taxis, K. und Barber, N. (2003b): Incidence and severity of intravenous drug errors in an German hospital. Europ. J. Clin. pharmacol., 59: 815–817.

Taxis, K. und Wild, R (2004): Medikationsfehler in deutscher Krankenhäusern. Krankenhauspharmazie, 25: 465–470.

Texas Health Care Information Council: www.dshs.state.tx.us/thcic (11.04.2006).

Thesing-Bleck, E. (2003): Warum der kleine Unterschied so wichtig ist. Pharm. Ztg., 35.

Thomas, E. J. und Petersen, L. A. (2003): Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. J. Gen. Intern. Med., 18: 61–68.

Thomas, A. N., Pilkington, C. E. und Greer, R. (2003): Critical incident reporting in UK intensive care units: a postal survey. J. Eval. Clin. Pract., 9: 59–68.

Thomas, J. W. und Hofer, T. P. (1999): Accuracy of Risk-Adjusted Mortality Rate As a Measure of Hospital Quality of Care. Med. Care, 37: 83–92.

Thomeczek, C., Bock, W., Conen, D., Ekkernkamp, A., Everz, D., Fischer, G., Gerlach, F., Gbis, B., Gramsch, E., Jonitz, G., Klakow-Frank, R., Oesingmann, U., Schirmer, H.-D., Smentkowski, U., Ziegler, M. und Ollenschläger, G. (2004): Das Glossar Patientensicherheit – ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit" und „Fehler in der Medizin". Ges.wesen, 66: 833–840.

Thürmann, P. A. und Schmitt, K. (1998): Erfassung und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Med. Klein, 93: 687–692.

Thürmann, P. (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln. Westfälisches Ärzteblatt, 10: 22–24 und 49.

Trude, S., Au, M. und Christianson, J.B. (2006): Health Plan Pay-For-Performance Strategies. Am. J. Manag. Care, 12: 537–542.

Tu, J. V., und Cameron, C. (2003): Impact of an acute myocardial infarction report card in Otario, Canada. International Journal for Quality in Health Care, 15 : 131–137.

Vaiana, M. E. und McGlynn, E.A. (2002): What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. Med. Care Res. Rev., 5: 3–35.

Vallet, G., Perrin, A., Keller, C. und Fieschi, M. (2006): Accès du public aux informations sur les prestations et la qualité des soins dans les établissements publics de santé. Presse médicale, 35: 388–392.

Van den Bemt, P. M., Egberts, A. C., Lenderink, A. W., Vertijl, J. M., Simons, K. A., van der Pol, W. S. und Leufkens, H. G. (2000): Risk factors fort the developement of adverse drug events in hospitalized patients. Pharm .World. Sci. 22 (2); 62–66.

Verein Outcome (2005): Diagnoseunabhängige Messthemen für Outcome Partner & Fachpublikum www.verein-outcome.ch/de/messungen/diagnoseunabhaengigemessthemen_b_qkriterien.asp.

Victorian Government, Department of Human Services, Victoria, Australia (1999): Acute Health Clinical Indicators Project, Final Report July 1999. www.health.vic.gov.au/archive/archive2004/clinical.indicators/clip/vol2app1.doc-index.htm.

Weingart, S. N., Iezzoni, L. I., Davis, R. B., Palmer, R. H., Cahalane, M., Hamel, M. B., Mukamal, K., Phillips, R. S., Davies, D. T. und Banks, N. J. (2000): Using administrative data to find substandard care: validation of the Complications Screening Program. Med. Care, 38: 796–806.

Weingart, S. N. und Iezzoni, L. I. (2003): Looking fo Medical Injuries Where The Light Is Bright. JAMA, 290: 1917–1919.

Weissman, J. S., Annas, C. L., Epstein, A., Schjneider, E. C., Clarridge, B., Kirle, L. Gatsonis, C., Feibelmann, S. und Ridley, N. (2005): Error Reporting and Disclosure Systems. Views From Hospital Leaders. JAMA, 293: 1359–1366.

Wenzel, R. P. (1992): Historical Perspectives, in: Wenzel, R.P. (Hrsg.): Assessing Quality Health Care. Perspectives for Clinicians. Williams and Wilkins, Baltimore 1992, p. 3–16.

Werner, R. M. und Asch, D. A. (2005): The unintended consequences of publicly reporting quality information. JAMA, 293: 1239–1244.

Werner, R. M., Asch, D. A. und Polsky, D. (2005): Racial profiling: The Unintended Consequences of Coronary Artery Bypass Graft Report Cards. Circulation, 111: 1257–1263.

Westert, G. P. und Verkleij, H. (Hrsg.) (2006): Dutch Health Care Performance Report 2006. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven.

Williams, A. R. (2003): Die Klinische Ökonomik und das Gesundheitssystem: Bewertungen und deren Methodik, in: Porzsolt, F., Williams, A.R., Kaplan, R.M. (Hrsg.) Klinische Ökonomik.Landsberg/Lech: 349.

Williams, J. (2000): Strategies to improve appropriateness of Health care within the decision process. Ref. WHO Workshop on Appropriateness in Health Care Services. Koblenz.

WHO (World Health Organization) (2007): Path. Performance Assement Tool for Quality Improvement in Hospitals. Indicator Descriptions (Core Set). Last Updated 16.3.2007. http://www.pathqualityproject.eu, Zugriff 25.5.2007.

WHO (World Health Organization) (2004): World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005, Geneva.

WHO (World Health Organization) (2003): Executive Board. Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat, Geneva.

WHO (World Health Organization) (2001): Weltgesundheitsorganisation – 2000, Angemessenheit medizinischer Leistungen Bericht über einen WHO-Workshop, Koblenz, Deutschland 23.–25. März 2000. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

Woolf, S. H. (2004): Patient Safety Is Not Enough: Targeting Quality Improvements To Optimize the Health of the Population. Ann. Intern. Med., 140: 33–36.

Zhan, C. und Miller, M. (2003): Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. JAMA, 290: 1868–1874

Zhan, C., Sangl, J., Bierman, A.S., Miller, M., Friedman, B., Wickizer, S. W. und Meyer, G. S. (2001): Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly. JAMA 286, 22: 2823–2829.

6 Primärprävention in vulnerablen Gruppen

6.1 Einleitung

782. In den letzten Jahren hat der Rat immer wieder auf die Notwendigkeit der qualitativen und quantitativen Weiterentwicklung der Primärprävention hingewiesen. Im Gutachten 2000/2001 hat er im Anschluss an frühere Gutachten die erhebliche Unterversorgung auf dem Gebiet der primären Prävention betont und – auch mit Blick auf Entwicklungen in anderen Ländern – einen verstärkten Ausbau der Primärprävention gefordert (GA 2000/2001; SG 1996; SG 1995; SB 1994). Insbesondere im letzten Gutachten wurden Begründung, Inhalt und Formen unterschiedlicher Typen der Prävention ausführlich dargestellt (GA 2005, Ziffer 151ff.) (Tabelle 26).

Der Rat hat darauf hingewiesen, dass die Wahl des Interventionstypus in Abhängigkeit von Gesundheitsrisiken und Zielgruppen getroffen werden sollte. Interventionen, die den Kontext berücksichtigen und entsprechend verändern, sieht er als regelmäßig Erfolg versprechender als Interventionen, die sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränken. Der Rat hat festgestellt, dass derzeit Interventionen ohne Kontextbezug immer noch bevorzugt werden und sieht die Gründe in dieser Schwerpunktsetzung nicht in der Wirksamkeit, sondern darin, dass Interventionen mit Kontextbezug meist aufwändiger zu organisieren und schwieriger durchzusetzen sind (GA 2005). Zudem sind sie – wegen der Abhängigkeit des Erfolgs von der Kooperation vieler Akteure – störanfälliger und auch schwieriger zu evaluieren. Trotz dieser Schwierigkeiten hat der Rat empfohlen, den Schwerpunkt der Forschung und Durchführung auf Interventionen mit Kontextbezug zu legen. Diese Empfehlung stützt sich nicht zuletzt auf den Befund, dass Angebote mit bevölkerungsweitem Zugang und Kommstruktur – so die dominante Umsetzung des § 20 SGB V durch die GKV – von sozial Benachteiligten unterproportional in Anspruch genommen werden (MDS 2004; Kirschner et al. 1995).

783. Im Ergebnis dieser Erörterungen und mit Blick auf vorliegende Befunde zur Wirksamkeit erscheint es meist zweckmäßig, bei der Konzipierung und Umsetzung nicht medizinischer Primärprävention am Alltagsleben der Zielgruppen anzuknüpfen, d. h. die Lebenslage der jeweiligen Zielgruppe bzw. die Situation in der jeweiligen Lebenswelt (Setting) zum Ausgangspunkt zu wählen und in diesem Spektrum nach Möglichkeiten der Stärkung von Gesundheitsressourcen und der Senkung von Gesundheitsbelastungen zu suchen. Dies erscheint oft aussichtsreicher als Interventionen von vornherein auf die Vermeidung eines spezifischen Gesundheitsrisikos zu beschränken.

Die Beteiligung der Zielgruppen (Partizipation) an der Konzipierung, Umsetzung und Qualitätssicherung der Intervention hat sich in der Praxis durchgängig als wichtiger Erfolgsfaktor erwiesen.

784. Primärpräventive Interventionen, die den jeweiligen Kontext einbeziehen und den genannten Kriterien genügen bzw. nahe kommen, wurden in verschiedenen Gutachten beschrieben und gewürdigt. Der Rat hat den Interventionstyp ‚Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings' in seinem Gutachten 2000/2001 am Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Gutachten 2003 am Beispiel der Gesundheitsförderung in der Schule dargestellt und diskutiert. Der Interventionstyp einer multimodalen Mehrebenen-Kampagne für die gesamte Bevölkerung wurde im Gutachten 2000/2001 am Beispiel der Tabakkontrolle veranschaulicht. Im vorliegenden Gutachten wird der Interventionstyp am Beispiel

Tabelle 26

Typen der Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
Individuum	1. z. B. ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	2. z. B. ‚präventiver Hausbesuch'
Setting	3. z. B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen,	4. z. B. betriebl. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	5. z. B. ‚Esst mehr Obst', ‚Sport tut gut', ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit'	6. z. B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming 130

Quelle: Eigene Darstellung

der Weiterentwicklung der Kampagne zur Primärprävention der HIV-Infektion erörtert (s. Abschnitt 6.2.4).

785. Auf die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie die daraus resultierenden sozial bedingten Unterschiede in Morbidität und Mortalität ist der Rat im Gutachten 2005 eingegangen und hat die Empfehlung abgeleitet, Bemühungen und Ressourcen der Primärprävention schwerpunktmäßig auf sozial benachteiligte Gruppen mit hoher Krankheitslast und meist auch geringen Gesundheitsressourcen zu konzentrieren. Dabei geht es strategisch darum, die im Bevölkerungsdurchschnitt schon heute messbare Entwicklung der *compression of morbidity* stärker auch für sozial benachteiligte Gruppen und Schichten zu öffnen bzw. zu verstärken (GA 2005, Ziffer 154).

786. In früheren Gutachten wurden ebenfalls die Notwendigkeit und die Probleme einer angemessenen Qualitätssicherung und Evaluation der nicht medizinischen Primärprävention hervorgehoben und darauf hingewiesen, dass Designs und Methoden der Wirksamkeitsbestimmung aus der klinischen Medizin (z. B. RCT, Evidenzklassen der EbM) den Bedingungen und Erfordernissen von Interventionen der nicht medizinischen Primärprävention häufig nicht gerecht werden. Umso wichtiger ist die Entwicklung sowohl angemessener als auch valider Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation (GA 2000/2001; GA 2005).

787. Der Rat hat angemahnt, die als notwendig angesehene Weiterentwicklung der Prävention durch vermehrte Forschung zu unterstützen (GA 2000/2001; GA 2005). Er betrachtet Forschungen zur Primärprävention als unverzichtbaren Bestandteil der Versorgungsforschung und würdigt demgemäß im vorliegenden Gutachten die bestehende Forschungslandschaft (s. Unterkapitel 6.5).

788. Anknüpfend an diese Befunde und Empfehlungen möchte der Rat im vorliegenden Gutachten die Tatsache ins öffentliche Bewusstsein rücken, dass das Thema ‚sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen' seinen Platz auch auf der gesundheitspolitischen Agenda der anderen europäischen Länder gefunden hat und dort in einigen Fällen eine wesentlich prominentere Rolle spielt als in Deutschland sowie auch auf der Ebene der Europäischen Union ein Thema transnationaler Gesundheitspolitik mit zunehmender Wichtigkeit darstellt (s. Unterkapitel 6.3 sowie im Anhang).

Diese Entwicklung begrüßt der Rat und macht darauf aufmerksam, dass sich damit für die Gesundheitspolitik die Interventionsfelder, die Anzahl und Verschiedenheit der Beteiligten sowie die Art der Problemwahrnehmung und -bearbeitung erheblich erweitern und verschieben (Unterkapitel 6.2). Exemplarisch wird dies durch die Erörterung gesundheitlicher Probleme und ihrer präventiven Bearbeitung für die Gruppen der Arbeitslosen (Abschnitt 6.2.1), der armen Alten (Abschnitt 6.2.2), der Obdachlosen (Abschnitt 6.2.3) sowie der Probleme und Potentiale der HIV/Aids-Prävention (Abschnitt 6.2.4) deutlich gemacht.

Mit Hoffnung beobachtet und unterstützt der Rat die Zunahme der praktischen Aktivitäten zum Thema der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit in Deutschland (Unterkapitel 6.4), teils in Umsetzung von § 20 SGB V durch die GKV (Abschnitt 6.4.1), teils durch Nicht-Regierungs-Organisationen, namentlich vor allem durch die Landesvereinigungen für Gesundheit, die dabei von der BZgA unterstützt werden (Abschnitt 6.4.2).

Fortschritt in Methoden, Wirkungen und Wirkungsmessung können in diesem für die Gesundheitspolitik neuen und schwierigen Terrain nicht ohne wissenschaftliche Unterstützung erwartet werden. Die dazu notwendige Unterstützung der Wissenschaft in diesem Themenfeld kann fast nur von öffentlichen Händen oder mildtätigen Stiftungen erwartet werden. Der Rat hat deshalb untersucht, wie es um die Förderung der Forschung zu sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und ihrer Verminderung in Deutschland bestellt ist (Unterkapitel 6.5).

Auf dieser Basis spricht der Rat einige Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Prävention aus (Unterkapitel 6.6).

6.2 Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit

789. Die gültige Formulierung des § 20 Abs. 1 SGB V enthält im Hinblick auf die bevölkerungsbezogene Strategie der Primärprävention eine bedeutsame strategische Festlegung: Primärprävention soll demnach „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten". Damit ist klargestellt, dass Primärprävention einerseits eine Strategie sein soll, mit der die Gesundheitschancen in allen Gruppen und Schichten der Bevölkerung erhöht werden können („den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern"), und dass damit andererseits größere gesundheitliche Chancengleichheit erreicht werden soll. Da es nicht darum gehen kann, die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit durch Verschlechterungen von Gesundheitschancen bei den wohlhabenden Gruppen der Gesellschaft zu erzielen, ergibt sich aus diesem weiten Konzept (GA 2005, Ziffer 200) im Ergebnis ein schlüssiges Politikkonzept, dessen Erfolg sich an zwei Kriterien bemisst:

1. Verbesserung der Gesundheitschancen aller Gruppen.
2. Verminderung der Abstände zwischen den Gruppen.

Dabei soll die Geschwindigkeit dieser Verbesserung mit jedem Schritt abwärts in der Stufenleiter der sozialen Privilegierung zunehmen, und zwar schneller als die gegenwärtig zu beobachtende Scherenentwicklung der gruppen- und schichtenspezifischen Chancenentwicklung. Angesichts der quasi naturwüchsig verlaufenden beständigen Verbesserungen der Gesundheitserwartungen in den mittleren und oberen Schichten der Gesellschaft sind die Institutionen der GKV deshalb gut beraten, wenn sie in ihrem ‚Leitfaden Prävention' (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2006) und der darauf fußenden Praxis sowohl zur Verhaltensprävention als auch zu den auf Lebenswelten bezogenen Ansätzen der Erreichbarkeit sozial

benachteiligter Gruppen und der Wirksamkeit der Prävention in diesen Gruppen Priorität geben.[231]

790. Angesichts des Fehlens einer Gesamtpolitik zur Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit und des insgesamt geringen Umfangs der für dieses Politikziel zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarf die Umsetzung dieses weiten Politikkonzepts einer Operationalisierung zur Begründung einer inneren Priorisierung und damit von Schwerpunktsetzungen für die Entwicklung und Durchführung von Interventionen sowie für die Verwendung der insgesamt knappen Ressourcen. Gesucht werden damit Antworten auf zwei Fragen:

– Welche Gruppen der Bevölkerung sind gesundheitlich besonders vulnerabel?

– Welche Interventionen können die Gesundheitschancen in diesen Gruppen nachhaltig verbessern?

‚Vulnerabel' zu sein besagt dabei zunächst nicht mehr, als gesundheitlich relevanten Belastungen ausgesetzt zu sein (externe Dimension) und diese nicht bewältigen zu können (interne Dimension). Vulnerabilität bezeichnet damit die erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit einer bestimmten Krankheit oder von Krankheit überhaupt. Im Kontext einer auf größere Chancengleichheit zielenden Präventionspolitik sind Gruppen dann als besonders vulnerabel anzusehen, wenn bei ihnen aufgrund von sozialen (einschl. ökonomischen) Faktoren eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit vorliegt. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit (das Erkrankungsrisiko) ergibt sich aus der Bilanz zwischen Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen. Sowohl Belastungen als auch Ressourcen sind dabei weit gefasst und enthalten physische, psychische und soziale Komponenten. Für bevölkerungs- bzw. gruppenbezogene Strategien sind dabei vor allem solche Faktoren relevant, die einen epidemiologisch messbaren Einfluss auf die Gesundheitschancen im jeweiligen Kollektiv ausüben und beeinflussbar sind. Interventionen sind regelmäßig desto wirksamer, je weiter *upstream* sie ansetzen. So sind eine gute Bildung, eine anregende und als sinnvoll erlebte Arbeit, eine hinreichende Ausstattung mit Geld sowie eine stabile Einbindung in unterstützende soziale Netzwerke starke Prädiktoren nicht nur für gute Gesundheitschancen, sondern auch für die Bereitschaft, Präventionsbotschaften in das eigene Verhalten umzusetzen. Zwischen diesen – miteinander in vielfältigen Wechselbeziehungen stehenden – Faktoren, die regelmäßig außerhalb des Einflussbereichs expliziter Gesundheitspolitik liegen, und den Gesundheitschancen einer bestimmten Gruppe liegen jedoch zumeist viele Stufen, auf denen ihr – positiver wie negativer – Einfluss modifiziert, verstärkt, geschwächt oder kompensiert werden kann und die deshalb ebenfalls als Interventionsbereiche in Frage kommen. Das ändert freilich nichts daran, dass das wichtigste Aufgreifkriterium für Primärprävention in vulnerablen Gruppen das Vorliegen einer sozialen Benachteiligung ist.

[231] Dass die Praxis der GKV-getragenen Prävention dieser Programmatik noch nicht durchgängig folgt, ändert nichts an der Richtigkeit des Ansatzes.

791. Soziale Benachteiligung entsteht besonders dort, wo die Ausgangsbedingungen der persönlichen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind. Dies führt dazu, dass davon betroffene Personen nicht vollständig an den gesellschaftlichen Prozessen teilhaben. Defizite der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zur Benachteiligung ganzer Gruppen – zum Beispiel Milieus mit nur eingeschränkter familiärer Sozialisation, mit schlechten oder mangelnden Sprachkenntnissen und Kulturtechniken und/oder unvollständigen oder fehlenden Qualifikationen im schulischen oder beruflichen Kontext. Soziale Benachteiligung ist abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen individuellen Möglichkeiten. Unter Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert sind (BZgA 2006).

792. Nicht im Sinne einer trennscharfen Definition, sondern eher als Aufgreifkriterium sowie zur Bestimmung von Clustern kommen als Kriterien für die Identifikation von Zielgruppen mit sozialer Benachteiligung dabei insbesondere in Betracht:

– sehr niedriges Einkommen (z. B. Sozialhilfeempfänger und ihre Familienangehörigen),

– sehr niedriger sozialer Status (z. B. ungelernte Arbeiter und MiniJobber),

– sehr niedrige Schulbildung (z. B. Personen ohne qualifizierten Hauptschulabschluss),

– andere soziale Benachteiligungen (z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende, Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus oder schlechten Deutschkenntnissen, Behinderte).

793. Soziale Benachteiligung ist mit gesundheitlicher Benachteiligung in vielfacher Hinsicht verbunden. Die größten Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung gehen einher mit dem Grad der sozialen und ökonomischen Benachteiligung (vgl. z. B. GA 2005, Ziffer 111ff.; Mielck 2005; Mackenbach/Bakker 2002). Als armutsgefährdet gelten in Deutschland 15 % der Bevölkerung (Personen gelten als armutsgefährdet, wenn ihr gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen unter einem Schwellenwert von 60 % des Medians des Pro-Kopf-Einkommens liegt; Förster/Heitzmann 2002). Akute Armut liegt vor, „wenn zu jenen oben beschriebenen beschränkten finanziellen Verhältnissen auch spürbare Einschränkungen zur Abdeckung grundlegender Lebensbedürfnisse treten. Dies wird dann angenommen, wenn – zusätzlich zu geringem Einkommen – zumindest eine der fünf folgenden Situationen auftritt:

– Substandardwohnung,

– Rückstände bei Zahlungen von Mieten und Krediten,

– Probleme beim Beheizen der Wohnung,

– Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue zu ersetzen und

– Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat nach Hause zum Essen einzuladen“ (Förster/Heitzmann 2002: 188).

Danach sind ca. 40 % der armutsgefährdeten Bevölkerung als akut arm zu bezeichnen: das wären in Deutschland ca. 6 % der Bevölkerung. Die höchsten Risiken für Armutsgefährdung und akute Armut existierten (in alphabetischer Reihenfolge) für folgende Bevölkerungsgruppen:

– Alleinerziehende,
– Kinderreiche Familien,
– Langzeitarbeitslose,
– Migranten,
– Wohnungslose (Waller 2007).

794. Auch an dieser Aufzählung wird deutlich, dass die Zugehörigkeit zu einer soziologisch definierten Gruppe nicht ausreicht, um soziale Benachteiligung und damit erhöhte Krankheitsgefährdung zu bezeichnen: nach wie vor ist in Deutschland weder die Mehrzahl der Alleinerziehenden noch der kinderreichen Familien arm, und auch die vielfältig differenzierte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund ist nicht per se sozial und damit gesundheitlich benachteiligt. Für die Identifikation von Zielgruppen im Rahmen einer Strategie zur Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen wird deshalb ein Vorgehen empfohlen, bei dem neben der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe auch die Ausstattung mit materiellen Ressourcen und der Bildungsgrad berücksichtigt werden.

795. Ein solches Vorgehen findet sich auch im Lebenslagen-Ansatz, der in der sozialpolitischen Forschung etabliert und weit verbreitet ist: „Als Lebenslage gilt der Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten oder bei möglichst freier und tiefer Selbstbesinnung und zu konsequentem Verhalten hinreichender Willensstärke leiten würden“ (Weisser 1972, zit. n. Ludwig 1996: 60). Zur Bestimmung der Interventionsbedürftigkeit werden dabei mindestens drei Aspekte von Lebenslagen unterschieden:

– die materielle Lebenslage (materiell-ökonomisch Ressourcen),
– soziale Lebensformen und soziale Versorgung (soziale Beziehungen, die Menschen als Ressourcen nutzen können),
– die gesellschaftliche „Beteiligung“ (Ausmaß, in dem gesellschaftliche Angebote im kulturellen und politischen Bereich erkannt und genutzt werden) (Allmendinger/Hinz 1998: 23).

796. Ähnlich schwierig und widerspruchsvoll wie die Identifikation der Zielgruppen gestaltet sich beim gegebenen Stand des Wissens auch die Auswahl geeigneter Interventionen unter den Gesichtspunkten der Wirksamkeit. Der Rat hat schon verschiedentlich auf die Notwendigkeit und die Probleme einer angemessenen Qualitätssicherung und Wirkungsbestimmung präventiver Interventionen hingewiesen (GA2000/2001, GA 2005). Dabei entsteht regelmäßig das Problem, dass die Schwierigkeit der Wirkungsmessung mit steigender Komplexität der Interventionen zunimmt, solche komplexen Interventionen (z. B. Setting-Projekte) aber gerade im Hinblick auf sozial vulnerable Gruppen häufig auch den aussichtsreichsten Ansatz darstellen. Die Wirksamkeit kann dann häufig nicht direkt gemessen werden. In einer Denkschrift des US-amerikanischen Institute of Medicine wurde empfohlen, neben erwiesen wirksamen Interventionen (*proven interventions*) auch solche zu fördern, die ‚viel versprechend’ (*promising interventions*) sind (Smedley/Syme 2001). *Promising interventions* werden dabei als solche definiert, die „sowohl auf einer theoretischen Basis für ihre Wirksamkeit beruhen als auch empirische Evidenz aufweisen, welche zumindest Teile des theoretischen Modells stützt. Viel versprechende Interventionen können durch Studien nachgewiesen werden, die günstige Interventionseffekte bei ausgewählten Gruppen zeigen und zugleich ein theoretisches Modell enthalten, das die Ausdehnung der Intervention auf andere Gruppen nahe legt. Das Kriterium ‚viel versprechend’ wird auch von Studien erfüllt, die eine nur bescheidene Interventionswirkung auf eine größere Bevölkerung ausweisen, wo aber andererseits eine starke theoretische Basis für die Annahme besteht, dass die Wirksamkeit durch eine Veränderung der Intervention erheblich gesteigert werden kann“ (Smedley/Syme 2001: 9). Das Kriterium ‚viel versprechend’ wird von den meisten der in den folgenden Abschnitten geschilderten Interventionen erfüllt, für die ein epidemiologisch belastbarer Wirksamkeitsnachweis (noch) nicht möglich ist.

797. Auf welche Vielfalt an gesundheitlichen und sozialen Problemen die Gesundheitspolitik stößt, wenn sie diesem Ansatz folgt, zeigen die folgenden Abschnitte zur gesundheitlichen Lage und zur Primärprävention in ausgewählten vulnerablen Gruppen. Die Auswahl ist nicht repräsentativ, sondern exemplarisch. Mit gleicher Dringlichkeit bzw. Ergiebigkeit könnten hier auch z. B. die Gruppen der Alleinerziehenden, der Migranten, der materiell benachteiligten Kinder etc. abgehandelt werden. Auch die Erörterung der gesundheitlichen Lage dieser Gruppen und der Möglichkeiten, diese zu verbessern, würde zeigen, dass eine Gesundheitspolitik, die sich auf systematische Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen einlässt, mit völlig neuen Handlungsfeldern, Akteurkonstellationen und Interventionsformen konfrontiert wird, die zum Teil weit in Politikbereiche hineinreichen, die nach heutigem Verständnis (noch) nicht zur Gesundheitspolitik gezählt werden.

6.2.1 Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen

6.2.1.1 Einführung

798. Arbeitslose weisen im Durchschnitt eine deutlich höhere Morbidität und Mortalität sowie deutlich höhere gesundheitliche Belastungen und deutlich weniger gesundheitliche Ressourcen auf als Erwerbstätige. Im Kontext von anhaltend hohen Arbeitslosenquoten und

strukturellen Arbeitsmarktproblemen scheinen daher eine Analyse der spezifischen gesundheitlichen Problematik von Arbeitslosen sowie die Diskussion der Möglichkeiten präventiver Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Arbeitslosen angezeigt.

799. Auf den engen Zusammenhang von Beschäftigungsstatus und Gesundheitszustand hat bereits die Anfang der 1930er Jahre durchgeführte Studie ‚Die Arbeitslosen von Marienthal' aufmerksam gemacht. In ihr zeigt die Forschergruppe um Paul Lazarsfeld, dass die Schließung eines Textilwerks und der mit dieser Schließung verbundene Arbeitsplatzverlust für nahezu alle Bewohner des Ortes Marienthal in einer langfristigen Arbeitslosigkeit endet, die wiederum mit weit reichenden psychosozialen Folgen für die Arbeitslosen selbst sowie für deren Familien verbunden war (Jahoda et al. 1975; Lazarsfeld 1933; Zeisel 1933).

800. Dass Arbeitslosigkeit häufig mit einem schlechten Gesundheitszustand bzw. gesundheitlichen Problemen einhergeht, ist aufgrund der inzwischen verfügbaren sozialepidemiologischen Befunde weitgehend unstrittig. Weiterhin Gegenstand von Diskussionen bleibt jedoch die Ursachen-Wirkungsrelation von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. Hier wird in der Literatur nicht nur die These vertreten, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit negative psychische und physische Folgen zeitigt bzw. zu Krankheit führt (Kausalitätshypothese/*causation hypothesis*). Vielmehr wird auch postuliert, dass Arbeitslosigkeit Folge eines schlechten Gesundheitszustandes ist (Selektionshypothese/*drift hypothesis*). Dabei zeigen empirische Analysen sowohl, dass Personen, die arbeitslos werden, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit körperlich bzw. seelisch weniger gesund sind als Beschäftigte im Allgemeinen als auch, dass sich die gesundheitlichen Einschränkungen als eigenständiger, die Vermittlung hemmender Faktor auswirken (Brenner 2006; Cramer et al. 2002). Genauso liefern die Studien aber auch überzeugende Belege dafür, dass Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit die Wahrscheinlichkeit von Krankheit, die Progredienz bestehender Krankheit sowie die Inzidenz oder Verstärkung und Kumulation gesundheitlicher Risiken erhöht (Kirschner/Elkeles 2006a). Jenseits der beiden Thesen und ihrer Bestätigungen legen die in den vergangenen Jahren entstandenen Längsschnittstudien zudem den Schluss nahe, dass eine komplexe Verursachungskette bzw. eine wechselseitige Verstärkung von Arbeitslosigkeit und beeinträchtigender Gesundheit besteht (Berth et al. 2006; Dooley et al. 1996; Hollederer 2003; Kieselbach/Beelmann 2006; Lampert/Ziese 2005).

801. Bevor im Folgenden die empirischen Befunde zum Gesundheitszustand bzw. zur physischen und psychischen Morbidität von Arbeitslosen sowie zur Verbreitung von gesundheitlichen Belastungsfaktoren dargestellt werden, soll vorab darauf hingewiesen werden, dass die Datenlage zur Gesundheitssituation von Arbeitslosen in Deutschland weitgehend unsystematisch und lückenhaft ist. Es gibt zwar eine beachtliche Anzahl von gesundheitsbezogenen Informationen, diese basieren jedoch auf unterschiedlichen Datenquellen und Forschungszusammenhängen und fügen sich deshalb bisher noch nicht zu einem stimmigen Gesamtbild (Hollederer 2002).

6.2.1.2 Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheitszustand

802. Werden Arbeitslose nach ihrem Gesundheitszustand gefragt, so zeigt sich über unterschiedliche Studien hinweg, dass sie ihren Gesundheitszustand im Schnitt deutlich schlechter einschätzen als Erwerbstätige. Betrachtet man beispielsweise die Ergebnisse der vom Robert Koch Institut durchgeführten Gesundheitssurveys 1998 und 2003, so wird deutlich, dass Personen, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind, ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen als Erwerbstätige desselben Alters.[232] Anders hingegen stellt sich das Ergebnis bei einer Arbeitslosigkeitsdauer unter einem Jahr dar, denn hier schätzen die Arbeitslosen ihren Gesundheitszustand in der Regel nahezu gleichermaßen gut bzw. schlecht ein wie die Erwerbstätigen (Grobe/Schwartz 2003; Lampert/Ziese 2005).

803. Diese Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung spiegeln sich auch in anderen empirischen Studien zum Thema wider (Brinkmann 1984; Förster et al. 2004; Hollederer 2002; Romeu 2004). So verdeutlicht u. a. eine Erhebung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), dass sich in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit be- und entlastende Aspekte des Statuswechsels auf den empfundenen Gesundheitszustand offenbar weitgehend die Waage halten. Eineinhalb Jahre nach Eintritt der Arbeitslosigkeit hingegen zeigt sich bei den befragten Arbeitslosen ein erheblich schlechteres gesundheitliches Befinden als bei den befragten wiederbeschäftigten Arbeitslosen: Während zu diesem Zeitpunkt 18 % der Langzeitarbeitslosen angaben, sich „schlecht zu fühlen" bzw. in den letzten zwei Wochen krank gewesen zu sein, traf dies lediglich auf 6 % der Wiedereingegliederten zu (Brinkmann 1984). Auch die Auswertung des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zeigt den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand und bestätigt, dass langfristige Arbeitslosigkeit mit einer signifikanten Verschlechterung der Gesundheitszufriedenheit einhergeht (Romeu 2004). Dieses Ergebnis wird komplettiert von einer ebenfalls auf Paneldaten basierenden Studie, die zeigt, dass Bezieher von Arbeitslosengeld, d. h. von Versicherungsleistungen, in der Regel einen deutlich besseren Gesundheitszustand berichten als Bezieher von bedarfsgeprüften Einkommensersatzleistungen: Bei Letzteren verdoppelt sich im Vergleich zu der erstgenannten Gruppe der Anteil

[232] Im Rahmen der Gesundheitssurveys werden die Befragten um Auskunft über ihre gesundheitliche Situation gebeten. Da die Antworten auf Selbsteinschätzungen der Befragten beruhen, kann es im Zuge der Befragung sowohl zur Überschätzung als auch zur Unterschätzung von Gesundheitsproblemen aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht, Unwissenheit oder sozial erwünschtem Antwortverhalten kommen (Hollederer 2003).

derer, die einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (Rodriguez 2001; vgl. auch Browning et al 2006).

804. Während der negative Zusammenhang zwischen langfristiger Arbeitslosigkeit und wahrgenommenem Gesundheitszustand für beide Geschlechter gleichermaßen zu gelten scheint, ergibt sich für den Gesundheitszustand kurzzeitig Arbeitsloser ein geschlechterdifferenziertes Bild. In dieser Gruppe scheint sich der empfundene Gesundheitszustand von Männern und Frauen deutlicher zu unterscheiden – wenngleich die Daten bislang keinen eindeutigen Schluss zulassen. Während die SOEP Daten nahelegen, dass eine kurzfristige Arbeitslosigkeit lediglich das Gesundheitsempfinden der Männer signifikant negativ beeinflusst (Romeu 2004), legen andere Studien den entgegengesetzten Schluss nahe: Bei Frauen schlägt sich offenbar auch eine kurzzeitige Arbeitslosigkeit negativ im empfundenen Gesundheitszustand nieder, während bei Männern der Eintritt von Arbeitslosigkeit oftmals sogar zu einer kurzfristigen Verbesserung der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes führt (Lampert/Ziese 2005).

6.2.1.3 Arbeitslosigkeit und physische Morbidität

805. Im Rahmen einer neueren IAB Studie geben rund ein Drittel der befragten Arbeitslosen an, gesundheitlichen Einschränkungen zu unterliegen. Für zwei Drittel dieser Arbeitslosen sind die genannten Gesundheitsprobleme berufsrelevant, d. h. sie beeinträchtigen die betreffende Person darin, einer Tätigkeit nachzugehen, die ihrer letzten ausgeübten Tätigkeit entspricht. Dabei wächst der Anteil der Arbeitlosen mit allgemeinen sowie mit berufsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen sowohl mit steigendem Lebensalter als auch mit steigender Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich an (Hollederer 2003). Diese Beobachtung deckt sich auch mit den Daten des Gesundheitssurveys 2003, in dem mehr als 50 % der befragten langzeitarbeitslosen Männer und 41 % der befragten langzeitarbeitslosen Frauen angaben, in den zurückliegenden sechs Monaten durch ihre gesundheitliche Verfassung in der Alltagsgestaltung beeinträchtigt gewesen zu sein, während dies lediglich von je 25 % der erwerbstätigen Männer und Frauen konstatiert wurde (Lampert/Ziese 2005).

806. Bei einer Analyse der konkreten Gesundheitsproblematik von Arbeitslosen kann unter Hinzuziehung des Gesundheitssurveys 2003 festgehalten werden, dass Arbeitslose beiderlei Geschlechts häufiger unter Hypertonie, chronischer Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression leiden als Erwerbstätige. Bei Asthma bronchiale und erhöhten Cholesterinwerten hingegen sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitslosen und ihrer Vergleichsgruppe festzustellen (Lampert/Ziese 2005). Im Rahmen des Gesundheitssurveys 1998 gaben arbeitslose Männer häufiger Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen oder Gefühlsstörungen, Durchblutungsstörungen der Beine, Leberzirrhosen, Epilepsien und psychische Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen infolge von Suchtmittelmissbrauch an als die befragten erwerbstätigen Männer. Von arbeitslosen Frauen hingegen wurden lediglich Durchblutungsstörungen der Beine signifikant häufiger genannt, während Blutarmut/Eisenmangel, Magenschleimhautentzündung, Asthma sowie Neurodermitis von arbeitslosen Frauen sogar seltener angegeben wurden als von erwerbstätigen Frauen (Grobe/Schwartz 2003; vgl. auch Brähler et al. 2002; Harych/Harych 1997; Jin et al. 1997).

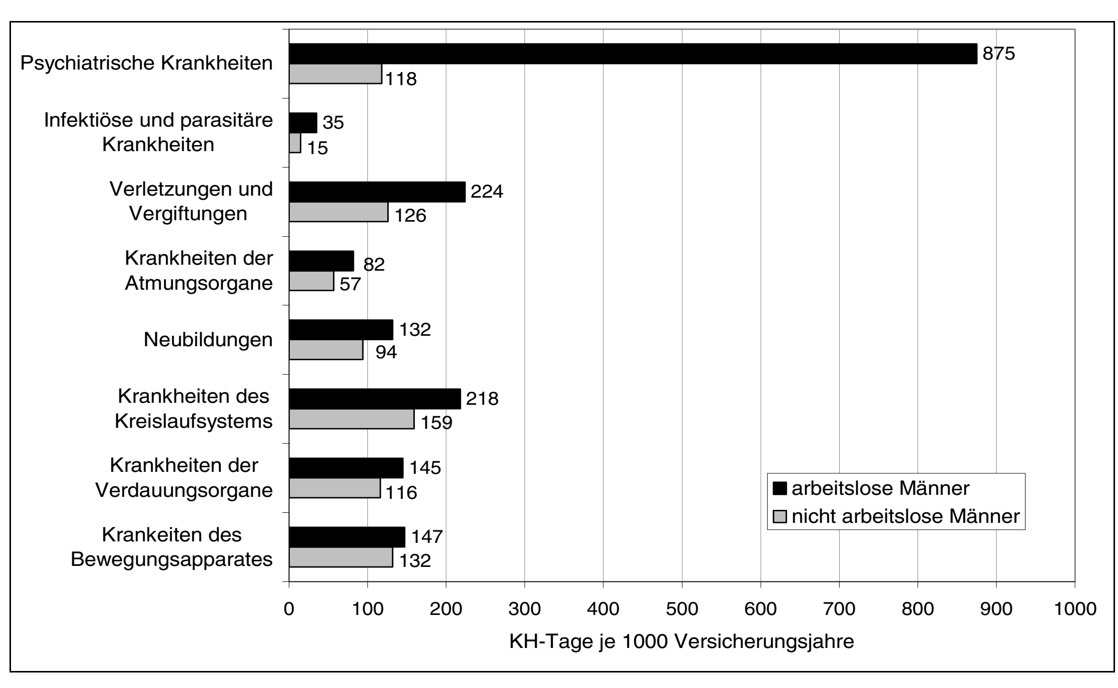
807. Klare Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf den Body Mass Index (BMI): Laut Gesundheitssurvey 2003 sind 33 % der 20- bis 59-jährigen langzeitarbeitslosen Frauen übergewichtig und 26 % adipös, während dies für lediglich 30 % bzw. 13 % der erwerbstätigen Frauen gilt. Auch bei adipösen Männern gibt es mit 24 % zu 16 % einen unverkennbaren Unterschied zwischen Langzeitarbeitslosen und Erwerbstätigen (Lampert/Ziese 2005).

808. Die höhere Morbidität arbeitsloser Menschen im Hinblick auf bestimmte Diagnosegruppen spiegelt sich auch in den Leistungsstatistiken der Kassen wider. So zeigen die Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) eine deutlich erhöhte Hospitalisierungsrate von Arbeitslosen. 1998 weisen arbeitslose Männer doppelt so viele stationäre Leistungstage auf wie nicht-arbeitslose, während die Inanspruchnahme stationärer Leistungen bei arbeitslosen Frauen um ca. 55 % erhöht war. Dabei gilt die höhere Inanspruchnahme über alle Diagnoseklassen des stationären Leistungsgeschehens hinweg, wobei allerdings klare Unterschiede in Bezug auf die einzelnen Diagnoseklassen sowie im Hinblick auf das Geschlecht der Versicherten festgestellt werden können (GEK 1999).

809. Am deutlichsten wird der Unterschied im stationären Leistungsgeschehen bei der Gegenüberstellung von nicht-arbeitslosen und arbeitslosen Männern. Wie Abbildung 40 verdeutlicht, zeigen letztere in fast allen Diagnoseklassen eine mindestens 50 % höhere Inanspruchnahme als die Vergleichsgruppe der Nicht-Arbeitslosen (gemessen in Krankenhaustagen je 1 000 Versicherungsjahre). Ein massiver Unterschied wird neben den Infektionskrankheiten für die Diagnosegruppe der psychiatrischen Erkrankungen deutlich, im Rahmen derer arbeitslose Männer ca. acht Mal so viele Leistungstage verursachen wie die Referenzgruppe. Ähnliches gilt für die Diagnose Alkoholabhängigkeit, die unter den arbeitslosen Männern nahezu zehn Mal so viele stationäre Leistungstage verursacht wie unter den nicht-arbeitslosen Männern. Bei arbeitslosen Frauen stechen, ebenso wie bei den Männern, die stationären Leistungstage aufgrund psychiatrischer Erkrankungen ins Auge, die ca. drei Mal höher sind als bei nicht-arbeitslosen Frauen (s. Abbildung 41). Auch stationäre Leistungen infolge von Alkoholabhängigkeiten treten bei arbeitslosen Frauen sieben Mal häufiger auf als in der Vergleichsgruppe der nicht-arbeitslosen Frauen – wenngleich diese Diagnose bei Frauen eine insgesamt deutlich geringere Bedeutung besitzt als bei Männern (GEK 1999).

Abbildung 40

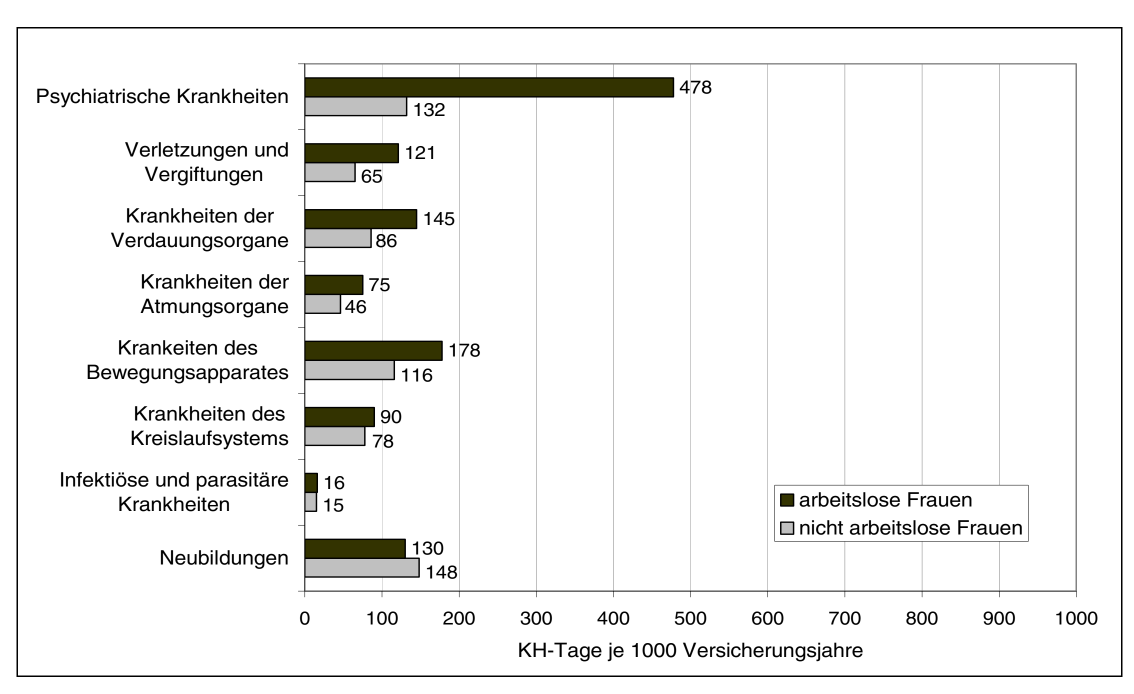
Krankenhaustage nach Diagnoseklasse, Männer



Quelle: GEK 1999

Abbildung 41

Krankenhaustage nach Diagnoseklasse, Frauen



Quelle: GEK 1999

6.2.1.4 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit

810. Die im vorherigen Abschnitt präsentierten Daten legen den Schluss nahe, dass Arbeitslosigkeit nicht nur mit gravierenden physischen, sondern auch mit psychischen Problemen einhergeht – eine Tatsache, die seit der Marienthal Studie sowohl im nationalen wie im internationalen Kontext immer wieder untersucht und bestätigt wurde (Ezzy 1993; Häfner 1990; Kieselbach 1988; Kieselbach/Svensson 1988; Moser/Paul 2001).

811. Theoretisch knüpfen viele dieser Studien an die Deprivationstheorie von Jahoda (1982) an. Der zufolge zeitigt die gesellschaftliche Institutionalisierung der Erwerbsarbeit manifeste und latente Konsequenzen, die sich positiv auf die psychische Gesundheit des Individuums sowie auf seine soziale Integration auswirken. Im Zuge einer eintretenden Arbeitslosigkeit schwinden diese positiven Wirkungen zunehmend und als Konsequenz nimmt die psychische Belastung zu (Kieselbach/Beelmann 2006). Konkret entfallen mit dem Arbeitsplatzverlust die Sinn gebende Beschäftigung sowie die zeitliche Strukturierung des Alltags. Außerdem gehen wesentliche soziale Bezüge verloren und die finanziellen Möglichkeiten reduzieren sich erheblich (Brähler et al. 2002).

812. Eine Metaanalyse von 237 internationalen Querschnittstudien zum Thema Arbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden zeigt bei Arbeitslosen empirisch signifikant mehr Symptome psychischer Beeinträchtigung und geschmälerten Wohlbefindens als bei Erwerbstätigen (Paul et al. 2006). Insgesamt ist der Anteil der Arbeitslosen, die psychisch deutlich beeinträchtigt sind und möglicherweise psychologische oder medikamentöse Behandlung benötigen, mehr als doppelt so hoch wie unter den Erwerbstätigen (Paul et al. 2006). Eine weitere Auswertung weist darauf hin, dass alle internationalen Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Depression und Arbeitslosigkeit befassen, einen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Phänomenen zeigen. Dabei besteht der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit offenbar auch, wenn für den Gesundheitszustand vor der Arbeitslosigkeit kontrolliert wird (Brenner 2006). Im deutschen Kontext weist unter anderem die Auswertung der Sächsischen Längsschnittstudie darauf hin, dass Ängstlichkeit und Depressivität verbunden mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung (GA 2005, Ziffer 111ff.) bei Arbeitslosen wesentlich stärker ausgeprägt sind als bei Nicht-Arbeitslosen (Berth et al. 2005; Förster et al. 2004). Eine gesamtdeutsche Umfrage zeigt, dass die Selbsteinschätzung der Arbeitslosen durchweg negativ ist und sich Arbeitslose selbst als depressiv, neurotisch und verschlossen empfinden (Brähler et al. 2002). Auch die Auswertung der Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit (BA) weist darauf hin, dass ein Viertel der gestellten Krankheitsdiagnosen bei den untersuchten Arbeitslosen dem Bereich der psychischen Störungen und der Verhaltensstörungen zuzuordnen sind und liefert somit Belege dafür, dass Arbeitslosigkeit eng mit dem individuellen psychischen Befinden zusammenhängt.

813. Alle Studien zum Thema Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit deuten darauf hin, dass die Stresswirkung von Arbeitslosigkeit durch eine Reihe psychosozialer Variablen wie Lebensalter, Qualifikation, Familienstand, finanzielle Situation, sozioökonomischer Status, subjektive Arbeitsplatzorientierung, Dauer der Arbeitslosigkeit, Copingfähigkeiten, Stresstoleranz und Persönlichkeit moderiert wird. So kann als gesichert gelten, dass beispielsweise eine starke Arbeitsorientierung, ein niedriger sozioökonomischer Status, lange andauernde Arbeitslosigkeit sowie eine schlechte finanzielle Situation und ein die Arbeitslosigkeit stigmatisierender gesellschaftlicher Kontext die individuelle Stresswirkung der Arbeitslosigkeitssituation verstärkten (Elkeles 2003). In diesem Sinne hilft die individuell stark variierende Ausprägung der Moderatorvariabeln zu erklären, warum Männer in der Regel stärker als Frauen, Jugendliche stärker als Erwachsene, Langzeitarbeitslose stärker als kurzzeitig Erwerbslose[233], sowie *‚white-collar-worker'* stärker als *‚blue-collar-worker'* unter den psychischen Belastungen der Arbeitslosigkeit leiden (Moser/Paul 2001; Grobe/Schwartz 2003).

814. Das Bild einer erhöhten psychischen Morbidität bei Arbeitslosen schlägt sich auch in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik des Bundes (KG2) nieder. Diese macht deutlich, dass die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeitsperioden von Arbeitslosen mit rund 22 Tagen erheblich länger ist als bei versicherungspflichtigen Beschäftigten mit 13 Tagen. Dabei zeigen allerdings Auswertungen der Techniker Krankenkasse (TK), dass die Arbeitsunfähigkeitszeiten von Arbeitslosen und Beschäftigten in den vergangenen fünf Jahren – unter Ausnahme der psychischen Diagnosen – nicht nur im Gleichschritt gesunken sind, sondern sich auch im Niveau kaum unterscheiden: 2004 wurde unter 100 berufstätigen TK Versicherten 952 Fehltage unter nicht-psychischen Diagnosen erfasst und unter 100 arbeitslosen TK Versicherten 1 081 Fehltage. Zählt man hingegen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Diagnosen hinzu, so wird deutlich, dass die weiterhin bestehenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hauptsächlich auf das dreifach erhöhte Niveau der Arbeitsunfähigkeitszeiten von Arbeitslosen im Bereich der psychischen Störungen sowie auf den starken Anstieg der Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Eintritt der Arbeitslosigkeit in diesem Bereich zurückgeführt werden können (TK 2005).

815. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Arbeitslosigkeit und oftmals auch schon selbst empfundene bzw. attribuierte Arbeitsplatzunsicherheit bzw. der

---

[233] Seit der Marienthal Studie wird von einer Phasenhaftigkeit des Stresserlebens infolge von Arbeitslosigkeit ausgegangen: Der stärkste Stress besteht in der Phase kurz vor und nach einer (möglichen) Entlassung sowie in der Phase der Langzeitarbeitslosigkeit, die nach ca. einem Jahr beginnt. Zwischen diesen Phasen tritt eine ‚Gewöhnungsphase' ein, die zunächst durch Entlastungen und Erholungen und den Optimismus des Arbeitslosen gekennzeichnet ist, eine neue Beschäftigung zu finden. Diese geht dann allerdings nach 6–10 Monaten erfolglosen Suchens in eine Phase der Resignation und der fatalistischen Anpassung über (Hoefert 1997; Jahoda et al. 1975; Kieselbach/Schindler 1984).

drohende Verlust des Arbeitsplatzes (Ferrie 2005) in der Regel mit signifikanten Einschränkungen im Bereich der physischen sowie im Bereich der psychischen Gesundheit einhergeht. Dies manifestiert sich nicht nur in der erhöhten Nutzung des Gesundheitssystems, die in der Zahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte zum Ausdruck kommt, sondern auch in den signifikant erhöhten Mortalitätsraten von Arbeitslosen (GEK 1999; Grobe 2006; Morris et al. 1994).

6.2.1.5 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsressourcen von Arbeitslosen

816. Die individuelle Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit hängt nicht nur vom Gesundheitszustand beim Eintritt in die Arbeitslosigkeit und von der jeweiligen Ausprägung gesundheitlicher Belastungsfaktoren ab, sondern auch von den vorhandenen individuellen Gesundheitsressourcen, den Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisensituationen (Büssing 1993). Generell sind die den Gesundheitszustand belastenden Verhaltensweisen bei Arbeitslosen in der Regel stärker ausgeprägt als bei Erwerbstätigen. Umgekehrt verhält es sich hingegen mit den Gesundheitsressourcen, den entlastenden Faktoren, denn sie sind bei Arbeitslosen in der Regel geringer ausgeprägt als bei Erwerbstätigen.

817. Betrachtet man bei der Analyse des Gesundheitsverhaltens beispielsweise die Verbreitung von Tabakkonsum unter Arbeitslosen, so zeigen sowohl der Mikrozensus 1999 als auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dass erwerbslose Frauen und Männer über alle Altersklassen hinweg wesentlich häufiger Tabakwaren konsumieren als die Erwerbstätigen und die Nichterwerbspersonen. Auffällig ist dabei vor allem der Unterschied in der Gruppe der 25- bis 35-Jährigen: Hier konsumieren fast zwei Drittel der erwerbslosen Männer (61 %) und die Hälfte der erwerbslosen Frauen Zigaretten und andere Tabakwaren, während bei den gleichaltrigen Erwerbstätigen lediglich 44 % bzw. 34 % regelmäßigen Tabakkonsum angeben (Dittrich 2001; Lampert/Ziese 2005).

818. Weniger eindeutig stellt sich hingegen die Datenlage im Hinblick auf den Alkoholkonsum dar. Während der Bundesgesundheitssurvey 1998 hinsichtlich der Höhe des Alkoholkonsums nach Selbstangabe keine wesentlichen Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen findet, zeigt eine Studie bei Arbeitslosen in Halle, dass der Konsum von Alkohol bei Arbeitlosen ohne gesundheitliche Einschränkung mit Eintritt und Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich zunimmt (Dauer 1999; vgl. auch Harych/Harych 1997). Auch wenn es in der nationalen Gesundheitsberichterstattung kaum Anhaltspunkte für ein fundamental anderes Konsumverhalten der Arbeitslosen gibt, deuten neben internationalen Studien (Dooley et al. 1996) auch die oben dargestellten Leistungsdaten der GEK sowie die Tatsache, dass 40 % der Erwachsenen, die im Jahr 2000 eine Entwöhnung beendet hatten, vor der Antragsstellung arbeitslos gemeldet waren, darauf hin, dass bei Arbeitslosen beiderlei Geschlechts eine deutlich erhöhte Ausprägung des Alkoholkonsums besteht (Hollederer 2003). Von der Gesamtheit der Arbeitslosen ist prozentual nur ein kleiner Teil der Arbeitslosen von Suchtkrankheiten betroffen. Im Rahmen der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aber stellen die Arbeitslosen eine relativ große Gruppe dar (Hollederer 2007): Von den Alkoholklienten der ambulanten Einrichtungen waren 18 % der Frauen und 22 % der Männer im Jahr 2004 arbeitslos. Bei den Opiatklienten der ambulanten Einrichtungen betrug der Anteil an Arbeitslosen sogar jeweils 39 % für Männer und Frauen (Sonntag et al. 2006). Nach Daten des Verbands der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (VDR) stieg der Anteil der Arbeitslosen in der Gruppe der alkoholabhängigen Rehabilitanden im Zeitraum von 1975 bis 2003 von 7 % auf 37 % an (Henkel/Grünbeck 2005).

819. Ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen männliche Arbeitslose zudem im Bereich der sportlichen Aktivität. Trotz ihres vermeintlich höheren Zeitkontingents treibt die Hälfte der arbeitslosen Männer überhaupt keinen Sport, während sich dieser Anteil bei den erwerbstätigen Männern lediglich auf ein Drittel beläuft. Bei Frauen hingegen gibt es keine bedeutenden Unterschiede in der sportlichen Aktivität zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen (Lampert/Ziese 2005; Grobe/Schwartz 2003). Neben der durchschnittlich weniger ausgewogenen Ernährung von Arbeitslosen, die häufiger auf kohlenhydrat- und fettreiche Grundnahrungsmittel zurückgreifen, kann diese sportliche Inaktivität auch ein Grund für die deutlich erhöhten Adipositas- und Übergewichtsraten von Arbeitslosen sein.

820. Wie bereits erwähnt, wird die gesundheitliche Wirkung von Arbeitslosigkeit nicht nur durch das Gesundheitsverhalten, sondern auch durch die individuellen Gesundheitsressourcen der Arbeitslosen moderiert. Dabei prägen die jeweiligen Gesundheitsressourcen ganz entscheidend die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen, die durch Arbeitslosigkeit – wie in Abschnitt 6.2.1.3 gezeigt – in nicht unerheblichem Ausmaß beeinflusst werden. In diesem Sinne können Gesundheitsressourcen wie Selbstbewusstsein, Widerstandsfähigkeit und die Einbindungen in soziale Netzwerke helfen, den durch die Arbeitslosigkeit entstehenden Stress zu bewältigen bzw. abzubauen und somit die potentiellen negativen gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit zu mindern oder sogar ganz zu vermeiden. Ein zentrales Problem liegt darin, dass die Gesundheitsressourcen, die im Wesentlichen auch durch die berufliche Tätigkeit in einem gesundheitsfördernden Umfeld auf- und ausgebaut werden, mit dem Eintritt und vor allem mit der Dauer von Arbeitslosigkeit stetig abnehmen (Kastner 2005). Dieser Prozess ist vor allem bei Erwerbslosen zu beobachten, die sich während ihrer Erwerbstätigkeit sehr stark mit ihrem Arbeitsplatz identifiziert haben (Karas/Kuhnert 2005).

821. Abschließend kann also festgehalten werden, dass Arbeitslose im Allgemeinen nicht nur durch eine deutlich erhöhte Morbidität, sondern auch durch ein deutlich schlechteres Gesundheitsverhalten und mit der Dauer der Arbeitslosigkeit durch stetig sinkende psychische und

physische Gesundheitsressourcen gekennzeichnet sind. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass die individuelle Ausprägung der gesundheitlichen Effekte von Arbeitslosigkeit auch vom jeweiligen sozioökonomischen Status des Arbeitslosen beeinflusst wird (vgl. GA 2005, Ziffer 111ff.).

6.2.1.6 Präventive Strategien bei Arbeitslosen

822. Betrachtet man die Ergebnisse der Analyse zur gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen, so wird deutlich, dass sich der Bedarf an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen im Wesentlichen anhand von vier Befunden manifestiert (Hollederer 2005): Erstens durch die im Durchschnitt deutlich schlechtere Gesundheit, zweitens durch das im Durchschnitt riskantere Gesundheitsverhalten bzw. die in einem höheren Maße ausgeprägten Belastungsfaktoren und in einem geringeren Maße vorhandenen Gesundheitsressourcen von Arbeitslosen im Vergleich zu Beschäftigten sowie drittens durch die wechselseitige Verbindung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit, die eine Wiedereingliederung von Arbeitslosen auf dem Arbeitsmarkt be- oder sogar verhindern kann. Viertens macht auch die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten durch Arbeitslose deutlich, dass hier ein Bedarf an spezifischen Angeboten besteht.

823. Diese Befunde geben hinreichende Anhaltspunkte für präventiven Handlungsbedarf und somit auch Anlass für die Entwicklung und Durchführung von präventiven und gesundheitsfördernden Strategien für Arbeitslose (DNBGF 2004). Dabei ist die Konzeption, aber auch die Umsetzung solcher Strategien jedoch mit einer Vielzahl spezifischer Herausforderungen und Probleme verbunden. Auf diese soll im Folgenden eingegangen werden, bevor im Anschluss daran einige Ansatzpunkte und Beispiele guter Präventionspraxis im Kontext von Arbeitslosigkeit und Gesundheit dargestellt werden.

Herausforderungen und Probleme bei Konzeption und Umsetzung von Strategien zur Prävention der Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit

824. Unter Rückgriff auf die nachgewiesenen positiven Wirkungen von Wiederbeschäftigung auf den Gesundheitszustand von Arbeitslosen ist davon auszugehen, dass ein ausreichendes Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten in einem gesundheitsfördernden Umfeld ein zentrales präventives Instrument für die Gesundheit von Arbeitslosen darstellt. Jede Präventionsstrategie muss daher berücksichtigen, dass die gesundheitlichen Probleme von Arbeitslosen in erster Linie durch die Verringerung von Arbeitslosigkeit bzw. durch die Verringerung der Dauer von Arbeitslosigkeit gelöst werden können (Rosenbrock 1998). Außerdem könnte eine generelle Änderung der gesellschaftlichen Bewertung von Arbeitslosigkeit die durch Schuldzuschreibungen und Stigmatisierungen hervorgerufenen gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit verringern (Elkeles/Kirschner 2004). Dabei ist unverkennbar, dass sich sowohl die Schaffung von Arbeitsplätzen als auch die Veränderung des gesellschaftlichen Umgangs mit Arbeitslosigkeit nicht im Rahmen einer rein auf Prävention und Gesundheitsförderung zielenden Strategie umsetzen lassen. Wie bei vielen Präventionsstrategien im Hinblick auf vulnerable Gruppen besteht auch bei Arbeitslosen die grundsätzliche Schwierigkeit, dass sie immer nur an den mittelbaren Ursachen bzw. an den Moderatorvariablen ansetzen können, während die unmittelbare Ursache der schlechten bzw. der sich verschlechternden Gesundheit von Arbeitslosen von ihnen nicht beeinflusst werden kann. In diesem Sinne vermögen die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung also immer nur kompensatorisch zu wirken.

825. Unter Beachtung dieser Problematik besteht die erste Herausforderung an Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen deshalb darin, dass sie in der Regel mit den Maßnahmen der Arbeitsförderung eng verzahnt werden müssen. Dies führt zwangsläufig zu einer Mehrschichtigkeit in der Zieldefinition der Präventionsstrategien für Erwerbslose: Während Prävention im Allgemeinen ausschließlich auf die Vermeidung von Krankheit sowie die Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen zielt (Rosenbrock 2004b), spielt bei präventiven Strategien für die Gruppe der Arbeitslosen regelmäßig auch das Ziel der Wiederherstellung bzw. der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit eine zentrale Rolle. Präventionsstrategien im Bereich Arbeitslosigkeit und Gesundheit müssen ferner berücksichtigen, dass in diese Strategien häufig auch diejenigen Arbeitslosen einbezogen werden, deren Beschäftigungsfähigkeit bereits durch einen schlechten Gesundheitszustand eingeschränkt ist (Elkeles/Kirschner 2004). Dies ist auch deshalb angezeigt, weil etliche Untersuchungen darauf hindeuten, dass sich im Verlauf der Arbeitslosigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. des Gesundheitsverhaltens einstellt.

826. Die zweite Herausforderung bei der Konzeption, aber auch bei der Umsetzung von präventiven Strategien bei Arbeitslosen liegt deshalb in der häufig notwendigen Verknüpfung von Maßnahmen der primären Prävention mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention. Diese Verknüpfung erfordert unter anderem auch eine intensive Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten. Die Instrumente der Gesundheitsförderung, die nach § 20 SGB V üblicherweise eingesetzt werden, reichen für eine solche komplexe Strategie, die dem umfassenden und komplexen präventiven Bedarf der Arbeitslosen gerecht würde (Kirschner/Elkeles 2006a), nicht aus.

827. Eine dritte Herausforderung für bedarfsgerechte Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist in der Tatsache begründet, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen keine homogene Zielgruppe darstellen. Vielmehr bestehen wichtige Unterschiede im Hinblick auf den Gesundheitszustand zu Beginn der Arbeitslosigkeit, das individuelle Gesundheitsverhalten, sowie im Hinblick auf die in unterschied-

lichem Ausmaß vorhandenen Bewältigungsressourcen und beruflichen Qualifikationsniveaus. Diese Verschiedenartigkeit legt eine Differenzierung der Zielgruppe im Hinblick auf die Präventionsstrategien nahe. Dies stellt deshalb eine Herausforderung dar, weil keine allgemeine Präventionsstrategie konzipiert werden kann, sondern vielmehr zielgruppenspezifische Ansätze erarbeitet werden müssen (Elkeles/Kirschner 2004).

828. Eine vierte Herausforderung im Bereich der Konzeption von einschlägigen Präventionsmaßnahmen liegt schließlich in der lückenhaften Datenlage zur Wirksamkeit der bestehenden bzw. der bereits ausgelaufenen Programme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen. Von den wenigen, explizit auf die Gruppe der Arbeitslosen fokussierenden Maßnahmen, die insgesamt nur ca. 5 % aller Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention ausmachen (Elkeles/Kirschner 2004), gibt es bislang kaum dem wissenschaftlichen Standard genügende Evaluationen, die die Wirkungen der Maßnahmen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten bzw. die Gesundheitsressourcen der Arbeitslosen umfassend dokumentieren bzw. aus- und bewerten. Oftmals ist selbst die Qualität der Projektdokumentation dringend verbesserungswürdig (Elkeles 2006). Langfristig angelegte Evaluationen sind allenfalls vereinzelt verfügbar.

829. Weitere Herausforderungen an Präventionsprogramme für Arbeitslose bzw. für von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen sind die schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppen sowie die schlechte Annahme bzw. Akzeptanz von Präventionsprogrammen. Beide Punkte sind eng miteinander verbunden und werden maßgeblich dadurch beeinflusst, dass Arbeitslose nur schlecht im Rahmen des Settingansatzes erreicht werden können. Grundsätzlich stellt das Setting, d. h. der Kontext einer bewusst koordinierten sozialen Einheit mit eingrenzbaren Zugehörigkeiten, die auf kontinuierlicher Basis zur Erreichung bestimmter Zielsetzungen arbeitet, einen optimalen Präventionsrahmen dar (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Arbeitslose jedoch sind aufgrund ihrer differierenden Lebenssituation oftmals nicht in ein klassisches, aus Sicht der Prävention gut geeignetes Setting (wie etwa Betrieb, Schule etc.) eingebunden. Somit fehlt bei ihnen häufig der bevorzugte und bewährte Zugangsweg der Prävention (BZgA 2005b). Neben dem Problem der Erreichbarkeit weisen Arbeitslose regelmäßig auch eine geringere Aufgeschlossenheit bzw. ein geringeres Interesse gegenüber präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Angeboten auf als Beschäftigte. Dies manifestiert sich u. a. in den unterdurchschnittlichen Teilnahmequoten von Arbeitslosen im Rahmen der von den Krankenkassen nach § 20 SGB V angebotenen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Oftmals zeigen sich in diesem Kontext auch insofern (Selbst-)Selektionseffekte, als die Arbeitslosen, die an präventiven Maßnahmen teilnehmen, nicht die Gesamtheit der Zielgruppe repräsentieren, sondern vielmehr eine Auswahl derer darstellen, die durch relativ geringe Gesundheitsprobleme bzw. durch relativ gute Gesundheitsressourcen gekennzeichnet sind.

Good Practice bei der Prävention der Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit

830. Trotz der oben spezifizierten Herausforderungen und Probleme bei Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen haben in jüngster Zeit mehrere Träger auf den objektiv bestehenden Bedarf in diesem Bereich mit Modellprojekten reagiert. Beispiele hierfür sind unter anderem die im Rahmen der Initiative ‚Mehr Gesundheit für alle' vom BKK Bundesverband initiierten Projekte zum Thema ‚Arbeit(slosigkeit) und Gesundheit'. Hierzu zählen unter anderem die motivierenden Gesundheitsgespräche, das Projekt BEAM (Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme) und das Projekt Job Fit Regional (Gene/Philippi 2004). Auch das vom brandenburgischen Arbeits- und Gesundheitsministerium initiierte, Gesundheitsförderung und Arbeitsvermittlung verbindende Projekt AmigA (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung) unter Trägerschaft der Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA), das Gesundheitsmanagement und Arbeitsvermittlung miteinander verbindet, kann als Beispiel genannt werden (von Braunmühl/Toumi 2006). Andere Beispiele für Präventionsprojekte mit Bezug auf die genannte Zielgruppe sind in dem vom Lehrstuhl für Organisationspsychologie an der Universität Dortmund koordinierten, inzwischen jedoch ausgelaufenen Projekt Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (N.A.G.) (Kastner et al. 2005) oder aber in der Projektdatenbank der BZgA (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) unter dem Stichwort „Arbeitslose" zu finden. Projektbeispiele finden sich außerdem auch in einer Expertise für den BKK Bundesverband, die eine Vielzahl von Projekten dokumentiert und bewertetet, die explizit die Gesundheit von Arbeitslosen in den Fokus nehmen (Elkeles/Kirschner 2004).

831. Aufgrund der oftmals lückenhaften Dokumentations- und Evaluationspraxis der Projekte, aber auch aufgrund der Diversität der von ihnen verfolgten Ansätze ist es nicht möglich, unter den Modellprojekten Best Practice, also das beste Modell zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit, zu identifizieren. Gleichwohl können anhand einiger gut dokumentierter Projekte zumindest Elemente guter Praxis (Good Practice) bzw. viel versprechende Modellprojekte im Umgang mit den oben beschriebenen Problemen und Herausforderungen der präventiven Maßnahmen bei Arbeitslosen identifiziert werden. Dabei handelt es sich bei den im Folgenden näher dargestellten Projekten in der Systematik des US Institute of Medicine in der Regel um *promising interventions* und nicht um *proven interventions* – also um viel versprechende Präventionsprojekte und nicht um Projekte, deren Interventionen in nachgewiesener Weise wirksam sind (Smedley/Syme 2001).

832. Im Hinblick auf die Zielgruppenproblematik adressieren nahezu alle bisher initiierten Modellprojekte primär die Arbeitslosen, die bereits bei Eintritt der Arbeitslosigkeit einen schlechten Gesundheitszustand zeigen

bzw. deren Gesundheitsverhalten darauf hinweist, dass im Laufe der andauernden Arbeitslosigkeit mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu rechnen ist. Eine solche Eingrenzung der Zielgruppe bietet sich ebenso an wie eine Strategie, den Arbeitslosen bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ihrer Arbeitslosenkarriere Präventionsangebote nahe zu bringen. Zu diesem Zeitpunkt kann noch verhindert werden, dass sich ein problematisches Gesundheitsverhalten festsetzt bzw. sich weiter verstärkt. Beispiele für ein solches Präventionsangebot sind die motivierenden Gesundheitsgespräche oder auch die Job-Fit Beratung des Netzwerks Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Beide Konzepte wurden im Kontext des Lehrstuhls für Organisationspsychologie der Universität Duisburg entwickelt und verfolgen einen salutogenetischen Ansatz, d. h. sie zielen auf die Steigerung der Gesundheitsressourcen von Arbeitslosen – bzw. im Konkreten darauf, ein hohes Maß an Selbstachtung (wieder)herzustellen, die Motivation zu gesundheitlichen Aktivitäten zu fördern sowie die Voraussetzungen für den Aufbau und die Nutzung sozialer Unterstützungsnetze zu schaffen. Im Verlauf der Projekte versuchen die Berater die stark alltagsbezogene Orientierung der Arbeitslosen schrittweise auf andere Ziele wie Gesundheit, Beschäftigungsfähigkeit und Lebensqualität auszurichten (Kastner et al. 2005; Wiborg et al. 2005).

833. Wie bereits deutlich wurde, liegt ein wesentliches Problem der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in der erschwerten Erreichbarkeit der Personengruppe. Diesem Problem begegnen nahezu alle hier genannten Projekte, indem sie die Arbeitslosen direkt in ihrer Lebenswelt ansprechen. Als ‚Substitutionssetting' kommen dabei vor allem die Träger der Aus- und Weiterbildung sowie die Träger der Arbeitslosenhilfe in Frage, die über die notwendigen strukturellen und institutionellen Verhältnisse verfügen. Ein Beispiel für ein solches Vorgehen liefert das Projekt ‚Job Fit Regional', in dessen Rahmen die präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für Arbeitslose bzw. für von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen ausschließlich von erfahrenen Bildungs- und Beschäftigungsträgern angeboten werden. Dieses organisatorische Arrangement erleichtert nicht nur die Ansprache und damit automatisch auch die Erreichbarkeit der Arbeitslosen, sondern dient, wie die meisten der hier vorgestellten Good Practice-Beispiele, auch dem Ziel, Arbeitsförderung mit Prävention und Gesundheitsförderung oder auch, wie im Fall des Projektes AmigA, zusätzlich mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention zu verzahnen.

834. Neben der Erreichbarkeit bestehen Probleme auch im Bereich der Akzeptanz von präventiven Programmen durch die Arbeitslosen. Dieser Herausforderung sind die hier dargestellten Projekte auf unterschiedliche Art und Weise begegnet: Ein Element im Umgang mit der Akzeptanzproblematik scheint dabei die Freiwilligkeit der Maßnahmen zu sein – auch weil ein freiwilliges Angebot die Maßnahmen der Gesundheitsförderung klar von den verpflichtenden Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik abhebt. Wie das Projekt BEAM zeigt, kann auch die Möglichkeit zur aktiven inhaltlichen Mitgestaltung des Gesundheitsmoduls zu einer Erhöhung der Motivation und Akzeptanz unter den Arbeitslosen beigetragen (BZgA 2005b). Ein weiterer Schlüssel im Umgang mit dem Akzeptanzproblem liegt in der Trägerstruktur: Freie Träger schaffen in der Regel eine bessere Basis für die Akzeptanz von Maßnahmen, weil sie das Vertrauen der Arbeitslosen deutlich stärker binden, als Träger, die gleichermaßen Hilfe gewährende und kontrollierende Organisationen der Arbeitsförderung sind (Kuhnert/Kastner 2006). Gegenüber letzteren neigen Arbeitslose ggf. vermehrt dazu, Probleme zu verbergen – auch um die materielle Unterstützung nicht zu gefährden. Auch aus diesem Grund ist es also sinnvoll, freie Träger in Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung Erwerbsloser einzubinden (Elkeles 2003). Dies bedeutet, wie z. B. das Projekt AmigA zeigt, jedoch keineswegs, dass Träger der Arbeitslosenhilfe unvermeidlich Akzeptanzprobleme aufwerfen und daher als Träger präventiver bzw. gesundheitsbezogener Maßnahmen grundsätzlich nicht geeignet wären.

835. Eine weitere Herausforderung, die von einigen der genannten Modellprojekte erfolgreich angegangen wurde, ist die Verzahnung von Prävention und Arbeitsförderung im Rahmen einer Maßnahme. Eine zentrale Rolle kommt in diesem Zusammenhang den neuen Strukturen der Arbeitsmarktpolitik zu, die das Fallmanagement als zentrales Instrument der Arbeitsmarktintegration etabliert haben. Dabei zielen das Fallmanagement und das ihm vorgelagerte ‚Profiling' darauf ab, in der Interaktion zwischen Erwerbslosen und Fallmanagern die individuellen Förder-, Unterstützungs-, und Qualifizierungsbedarfe des Arbeitslosen zu erheben und andererseits professionell Hilfeangebote zu planen, zu implementieren und zu koordinieren (Deutscher Verein 2004). In diesem Kontext bietet der Prozess des Fallmanagements auch die Möglichkeit, die Gesundheitsproblematiken zu erörtern und anzugehen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen.

836. Gute und weiterführende Beispiele für die Einbindung der Gesundheitsthematik in das Fallmanagement liefern dabei sowohl das Projekt AmigA als auch das MoZarT-Projekt der Stadt Rottweil. Ziel von AmigA ist es, die Beschäftigungsfähigkeit und die Gesundheit sowie die arbeitsmarktliche Eingliederungsrate der Arbeitslosen zu erhöhen. Dazu kooperiert der Projektträger, die Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA), mit der AOK, der DAK sowie der IKK wie auch mit der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit und der Landesversicherungsanstalt. Zentrales Instrument des Modellprojekts ist das beruflich-soziale Fallmanagement. Die von den kooperierenden Trägern dem AmigA-Team zugewiesenen Arbeitssuchenden werden von diesem nach einer Eingangsdiagnostik mit umfassender medizinischer Sachverhaltsaufklärung zunächst differenziert kategorisiert und dann in ein auf die jeweilige Fallkonstellation abgestimmtes Fallmanagement aufgenommen. Dieses findet im Rahmen des AmigA-Teams statt, dem neben dem Fallmanager und einem Sozialmediziner auch ein Sozialarbeiter sowie ein Reha-Berater angehören. In

dieser Konstellation erstellt das Team dann einen Integrationsplan. Dabei sollen die psychosozialen, beruflichen und gesundheitsbezogenen Leistungsmodule des Plans von dem Fallmanager bedarfsgerecht kombiniert werden, wobei die Präventionsleistungen von regionalen bzw. lokalen Leistungserbringern erbracht werden, die mit dem Team in enger Verbindung stehen. Hierzu zählen auch Arztpraxen. Diese werden, beispielsweise bei der Einleitung von medizinischen Reha-Maßnahmen, in das Fallmanagement einbezogen. Wie die bisher vorliegenden Zwischenauswertungen zeigen, können bei der Multimorbidität der AmigA-Teilnehmer nur etwa 20 % von den Angeboten nach § 20 SGB V profitieren. Eine große Anzahl von AmigA-Teilnehmern braucht sogenannte Zwischenmodule, für die es bisher keine gesicherte Finanzierung gibt. Diese Angebote – wie z. B. spezifische Maßnahmen zum Abbau sozialer Ängste und zum Abbau von Depressivität – sind inhaltlich zwischen den Maßnahmen nach § 20 SGB V und den ambulanten bzw. stationären Reha-Maßnahmen einzuordnen.

837. Eine ähnliche Verzahnung zwischen Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie zwischen Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention wurde schließlich auch im Rahmen des MoZarT-Projektes in Rottweil entwickelt: Hier identifizierte ein interdisziplinäres Team zunächst die Stärken und Schwächen der teilnehmenden Sozialhilfe- und Arbeitslosenhilfeempfänger und erarbeitete darauf aufbauend individuelle Hilfepläne. Die gesundheitsbezogene Komponente des Projektes wurde dabei durch den in das Team integrierten Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit betreut, der nicht nur am ‚Profiling' beteiligt war, sondern auch den Kontakt zu den behandelnden Ärzten bzw. Trägern von medizinischen Angeboten hielt sowie für die sozialmedizinische Beratung der Arbeitgeber zur Verfügung stand (Hollederer 2006).

838. Bezüglich der Wirkung der oben vorgestellten Good Practice-Beispiele ergibt sich aus den zur Verfügung stehenden Evaluationen folgendes Bild: Durch die Job-Fit Beratung stellt sich bei den teilnehmenden Arbeitslosen eine tendenzielle, jedoch keine signifikante Verbesserung in der psychosozialen Befindlichkeit ein. Diese Verbesserung fällt bei Arbeitslosen mit vergleichsweise geringer Selbstwirksamkeitserwartung deutlicher aus als bei Arbeitlosen mit höheren Ausgangswerten. Dabei deuten die Erfahrungen des Netzwerks Arbeitsmarkintegrative Gesundheitsförderung allerdings auch darauf hin, dass die Job-Fit Beratung nur den Arbeitslosen mit geringen bzw. mittleren Beschwerden helfen kann, während Arbeitlose mit komplexen gesundheitlichen Problemen auf langfristige soziale und gesundheitsbezogene Hilfe angewiesen sind, um gesundheitliche und soziale Abstiegsprozesse aufzuhalten bzw. umzukehren (Kuhnert/Kastner 2006). Auch bei BEAM zeigt die Evaluation deutlich positive Veränderungen bezüglich des Verständnisses von Gesundheit, der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit, sowie positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten der Arbeitslosen (BZgA 2005b). Die vorbildliche Evaluation des Projekts Job Fit Regional kommt zur Einschätzung, dass die Gesundheitsbeachtung der Teilnehmer nach Ende des Projektes ebenso zugenommen hat wie der Anteil der Personen, die sich häufig ausgewogen ernähren. Abgenommen hat auch der Anteil der sportlich inaktiven Personen. Außerdem gibt es zwischen der Erst- und der Zweitbefragung der Teilnehmer eine deutliche Verbesserung in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der empfundenen Stressbelastung durch die Arbeitslosigkeit (Kirschner/Elkeles 2006b). Derzeit noch ausstehend sind die Evaluationsergebnisse des jüngsten Modellprojektes, AmigA, das jedoch auch wissenschaftlich begleitet wird.

839. Insgesamt zeigen die Praxisbeispiele viel versprechende Ansätze für den präventiven Umgang mit den zum Teil gravierenden Gesundheitsfolgen der Arbeitslosigkeit sowie innovative Lösungen im Umgang mit den spezifischen Herausforderungen an bedarfsgerechte Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Sie können daher als Exempel für weitere Projekte in diesem Kontext gelten. Dabei scheinen sich in der Projektempirie auch einige Faktoren herauszukristallisieren, die für den Erfolg von präventiven Maßnahmen im Kontext von Arbeitslosigkeit von Bedeutung sind: Hierzu gehören neben der Ansprache der Arbeitslosen in geeigneten Situationen und an geeigneten Plätzen auch die Frühzeitigkeit der Intervention bzw. die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Partizipationsmöglichkeiten der Teilnehmer. Zentral scheint zudem auch die enge und gut aufeinander abgestimmte Koordination von Maßnahmen der Arbeitsförderung mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention zu sein.

840. Dennoch soll auch darauf hingewiesen werden, dass der langfristige Erfolg von Präventionsmaßnahmen, die wie die meisten der hier vorgestellten Projekte auf der individuellen Ebene ansetzten und in der Regel zeitlich eng begrenzt sind, auch deshalb unsicher ist, weil diese den Versuch unternehmen durch die sozialökonomische Lage bedingte, oft über die Jahre verfestigte Lebensgewohnheiten und Problemlagen im Rahmen einer relativ kurzfristigen Interventionsmaßnahme zu verändern. Dabei kann der langfristige Erfolg aber nur durch die Umsetzung des Gelernten in den Alltag der Arbeitslosen gesichert werden – wobei gerade Menschen mit geringer Bildung und aus beengten Lebenslagen größere Probleme haben, das Gelernte in den Alltag zu integrieren (Rosenbrock 2004c).

6.2.1.7 Zwischenfazit und Empfehlungen

841. Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, sind Arbeitslose in der Regel häufiger und schwerer krank als Erwerbstätige bzw. die Gesamtbevölkerung. Außerdem weisen sie eine höhere Sterblichkeitsrate auf als die Vergleichsgruppen. Dabei gibt es keine typische Arbeitslosigkeitskrankheit. Vielmehr ist Arbeitslosigkeit geprägt von einer Kumulation physischer und psychischer Morbiditäten, die insbesondere bei Langzeitarbeitslosen häufig

mit massiven Gesundheitsproblemen einhergeht. Insgesamt sind, wie die präsentierten epidemiologischen Befunde deutlich machen, bei Arbeitslosen typische Krankheitsmuster vor allem im psychosomatischen und psychiatrischen Bereich erkennbar.

842. In dieser gesundheitlichen Vulnerabilität der Arbeitslosen liegt dabei einerseits ein großes Potential für die Präventions- und Gesundheitsförderung. Andererseits stellt diese jedoch, vor allem in Kombination mit den dargestellten Schwierigkeiten bei Konzeption und Umsetzung (vgl. Abschnitt 6.2.1.6), auch eine große Herausforderung dar. Als Ansatzpunkte für die Prävention der vom Arbeitsmarkt induzierten Gesundheitsprobleme kommen dabei nicht nur die deutlicheren Belastungen und die weniger ausgeprägten Ressourcen in Frage, sondern insbesondere auch eine Strategie, die diese Ansatzpunkte verknüpft.

843. Der Rat empfiehlt, der Gruppe der Arbeitlosen und insbesondere den von den gesundheitlichen Problemen besonders betroffenen Teilgruppen verstärkt gesundheitsbezogene Präventionsangebote, ggf. einschließlich diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention nahe zu bringen. Dabei verkennt der Rat nicht, dass die beste Prävention arbeitslosigkeitsbezogener Morbidität und Mortalität eine auf die erfolgreiche und nachhaltige Wiederbeschäftigung der Arbeitslosen zielende Beschäftigungsstrategie ist bzw. wäre. Es muss stets ein faires Gleichgewicht zwischen ‚fordern' und ‚fördern' eingehalten werden. Bestandteil gesellschaftlicher Strategien der Primärprävention im Bereich der Arbeitslosigkeit muss nach Ansicht des Rates auch weiterhin die Ent-Stigmatisierung des Themas Arbeitslosigkeit sein, die darauf hinwirkt, dass Arbeitslosigkeit – in der Selbst- und in der Fremdbewertung – nicht länger als individuell verschuldet wahrgenommen, thematisiert und behandelt wird. Die diesbezüglichen Vorurteile haben angesichts von Arbeitslosigkeit als Massenschicksal in den letzten Jahren zwar abgenommen, sind aber immer noch virulent.

844. Soll Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen über die dargestellten, viel versprechenden Ansätze und Modellprojekte hinaus, nachhaltig Bestandteil der Präventionsversorgung werden, so setzt dies neben dem Wissen um die spezielle gesundheitliche Problematik von Arbeitslosen auch strukturelle Veränderungen voraus. Diese betreffen die Rolle der Bundesagentur für Arbeit (BA) und des Ärztlichen Dienstes der BA ebenso wie Fragen der Finanzierung und der Ausgestaltung des Fallmanagements sowie Fragen der Kostenzuständigkeit für psychosoziale Leistungen, die zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen häufig benötigt werden. Zu diesen Leistungen mit derzeit dürftigen Rechtsgrundlagen gehören z. B. Maßnahmen zum Abbau sozialer Ängste und Unsicherheiten sowie Maßnahmen zum Abbau depressiver Befindlichkeit.

845. Eine Besonderheit des Themenbereichs Prävention und Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen ist sicherlich seine Position an der Schnittstelle von Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik. Dabei führt die unterschiedliche institutionelle Ausgestaltung dieser beiden Politikfelder unter anderem zu Inkongruenzen in der Zuständigkeit sowie in der Finanzierungsverantwortung. Diese treten insbesondere bei den beiden zentralen Präventionsakteuren in diesem Bereich, den Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit zu Tage: Während die Kassen einen allgemeinen Präventionsauftrag haben, in dessen Rahmen sie Ressourcen für die Finanzierung von Primärprävention zur Verfügung stellen, hat die Bundesagentur, obwohl sie sehr ähnliche Anreize zum Engagement im Bereich Prävention aufweist wie die Kassen, keinen expliziten Präventionsauftrag. Ebenfalls steht die Bundesagentur nicht in der Finanzierungsverantwortung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Da jedoch der potentielle Nutzen von Präventionsmaßnahmen bei Arbeitslosen, d. h. die verringerte Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Leistungen, aber auch die Verbesserung der Wiedereingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt, nicht ausschließlich den Krankenkassen zugute kommen würde, erscheint es sinnvoll, die Finanzierungsverantwortung für diesen Bereich – z. B. im geplanten Präventionsgesetz – auch auf die Bundesagentur für Arbeit und damit auf einen weiteren Sozialversicherungszweig auszudehnen.

846. Dies sollte weiterhin durch eine explizite Verankerung des Präventionsgedankens in SGB II und SGB III ergänzt werden. Durch beide Maßnahmen könnten komplexe Projektstrukturen vereinfacht sowie eine nachhaltige und flächendeckende Finanzierung der Projekte gewährleistet werden.

847. Jenseits dessen kann die Finanzierungsproblematik auch dadurch entschärft werden, dass die Erfordernisse des ex-ante Nachweises von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit gemäß § 20 SGB V so revidiert werden, dass neben den nachgewiesener Weise wirksamen, den *proven interventions*, auch viel versprechende, *promising interventions* gefördert werden können. Dabei sollte allerdings sichergestellt sein, dass die im Rahmen einer Experimentierklausel geförderten präventiven Maßnahmen für Erwerbslose sowohl über ein theoretisch fundiertes Wirksamkeitsmodell verfügen als auch empirische Evidenz aufweisen, die zumindest Teile dieses theoretischen Modells stützt. Eine zusätzliche Voraussetzung sollte sein, dass alle Maßnahmen intern und extern evaluiert werden und die Ergebnisse dieser Evaluationen veröffentlicht werden.

848. Weiteres Potential findet sich im Bereich des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit bzw. im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit verfügt mit seinen bundesweit rund 300 ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über umfassende Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Aus diesem Grund ist insbesondere im Bereich des

SGB II eine Erweiterung und Neuorientierung der Aufgaben des Ärztlichen Dienstes über die rein gutachterliche Tätigkeit im Zuge der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Arbeitslosen hinaus erstrebenswert. Im Rahmen einer mehrstufigen Präventionsstrategie bei der Zielgruppe der Arbeitslosen würde dabei insbesondere die aktive Mitwirkung des Ärztlichen Dienstes bei der Klärung des Präventionsbedarfs, aber auch bei der konkreten Ausgestaltung und Koordination von Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention auf individueller Ebene in Betracht kommen. So könnte der Ärztliche Dienst bzw. der Öffentliche Gesundheitsdienst zukünftig die Rolle eines Lotsen einnehmen, der Erwerbslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen durch das komplexe Hilfesystem der Prävention und Gesundheitsförderung leitet, und im Rahmen der ARGEn zusammen mit Mitarbeitern der Arbeitsförderung sowie den externen Beratungsstellen und den behandelnden Ärzten Leistungen koordiniert und aufeinander abstimmt. Von zentraler Bedeutung ist dabei allerdings, dass vor allem im Rahmen des Beauftragungsverfahrens durch die ARGEn der Einsatz des Ärztlichen Dienstes und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen des SGB II vor Ort gut abgestimmt wird (Hollederer 2006).

849. Wie auch einige der in Abschnitt 6.2.1.6 genannten Beispiele zeigen, bietet das neu geordnete System der Arbeitsförderung bereits eine verbesserte Ausgangslage für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention bei Erwerbslosen. Dennoch könnte die Verankerung der Präventionsthematik im Rahmen des neuen Systems zusätzlich gestärkt werden. Zum einen kann dies dadurch erreicht werden, dass alle Erwerbslosen mit schwerwiegenden, d. h. mit vermittlungsrelevanten, Gesundheitsproblemen direkt in das Fallmanagement aufgenommen werden und somit einen besseren Zugang zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen erhalten. Dies setzt allerdings auch voraus, dass die Fallmanager über (sozial)medizinische Kenntnisse verfügen bzw. dass sie in einem interdisziplinären Team tätig sind, welches wiederum über die notwendige (sozial)medizinische Kompetenz verfügt. Darüber hinaus kann die gesundheitsbezogene Prävention in der Arbeitsförderung auch dadurch gestärkt werden, dass die Agenturen die Mittel, die ihnen nach § 10 SGB III für Ermessensleistungen zur Verfügung stehen, unter stärkerer Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte verwenden. Ein ähnliches Potential bietet § 16 Abs. 2 SGB II, der soziale Eingliederungshilfen (Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung oder Suchtberatung) festlegt, die dem Empfänger von Arbeitslosengeld II zur Verfügung gestellt werden können. Auch an dieser Stelle wäre die konkrete Verankerung von Maßnahmen zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung sinnvoll und wünschenswert. Sie würde einen weiteren Baustein zur Stärkung der Gesundheitsthematik im System der Arbeitsförderung darstellen.

6.2.2 Ansätze der Primärprävention bei armen Alten

6.2.2.1 Einleitung

850. Sozioökonomische Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit und die Zusammenhänge zwischen ihnen sind wichtige Themen im Zusammenhang mit Prävention, auch im Alter. Wenn im Folgenden von ‚sozial benachteiligten Älteren', ‚sozioökonomisch benachteiligten Älteren' oder schlicht ‚benachteiligten Älteren' die Rede ist, sind ältere Menschen mit einer Lebensgeschichte oder aktueller Lebenssituation gemeint, die durch geringe Schulbildung, Ausbildung, beruflichen Status sowie Einkommen/Vermögen gekennzeichnet war oder ist. ‚Benachteiligt' verweist hier auf strukturell schlechte Bedingungen, nicht aber auf persönliche Diskriminierungen.

Exkurs: Beispiel: Primärprävention mit älteren Menschen im strukturschwachen Stadtteil

851. Die Bürgerbeteiligung Lindau-Zech (kleinräumiges Beispiel) ist eine Stadtteilinitiative in einem ursprünglich baulich und sozial desolaten Viertel einer Kleinstadt in Bayern. Es handelt sich um ein Projekt im Rahmen des Bund-Länder-Programms ‚Soziale Stadt'. Zech hat ca. 1 650 Einwohner, davon ca. 30 % mit Migrationshintergund (wenig Ältere in dieser Gruppe) und über 30 % deutschstämmige Ältere. Eine Polarisierung zwischen Ausländerfamilien und älteren Deutschen war u. a. Anlass für die Initiierung des Projekts. Im Rahmen des Projekts wurde ein Bürgertreff mit großer Beteiligung beider Gruppen aufgebaut, in dem zum Zeitpunkt der Recherche (2005) zweimal wöchentlich von Migrantinnen für 60-70 Personen Mittagstisch gekocht wurde, der stark von Kindern und Älteren genutzt wurde. Ein Sonntagskaffee für Alt und Jung wurde abwechselnd organisiert durch die älteren Deutschen und durch die Migranten. Ältere übernahmen Hausaufgabenbetreuung für Kinder. Ein Bürgerrat zur Vernetzung der Institutionen und Beteiligung der Bürger wurde gegründet. Für Ältere und ihre Gesundheit mittel- oder unmittelbar bedeutsam waren folgende Themen und Aktivitäten: Versorgung und neue Wohnformen; die Schule beteiligte sich mit Anti-Gewalt- und Konflikttraining und stellte ihre Turnhalle für andere Gruppen zur Verfügung; eine selbst organisierte Gruppe Seniorengymnastik war im Entstehen. Als positiv sind zu bewerten: Konfliktbearbeitung, Partizipation, Selbstorganisation, generations- und kulturübergreifende Nachbarschaftshilfe.

852. In Deutschland hat der Stadtteil in den letzten Jahren als Ansatzpunkt für soziale und gesundheitliche Interventionen – und für die Verbindung von beiden – wachsende Beachtung gefunden. Das spiegelt sich in der Öffnung und Erweiterung sozialräumlicher Ansätze für explizite Gesundheitsthemen, zum Beispiel im Bund-Länder-Programm ‚Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt' (Böhme et al. 2003), und andererseits im wachsenden Interesse der Akteure der Prävention für den Stadtteil als Setting für primärpräventive Interventionen wider (z. B. Bär et al. 2004). Insbesondere für die Zielgruppe der benachteiligten älteren Menschen liegt der Stadtteil als Ansatzpunkt auf der Hand: zumeist befinden sich in ihrer Wohnumgebung auch ihre wesentlichen sozialen Bezüge.

853. Bevor Prävention im Stadtteil für benachteiligte Ältere und der Forschungs- und Entwicklungsbedarf in diesem Bereich näher beleuchtet werden, werden im Folgenden die relevanten Ausgangspunkte erläutert: der derzeitige Erkenntnisstand zu Gesundheits- und Krankheitsmustern bei älteren Menschen, zu gesundheitlicher Ungleichheit im Alter aus sozioökonomischer und aus Genderperspektive, Modelle gesunden Alterns, die die sozioökonomischen Lebensbedingungen berücksichtigen, und Eckpunkte für Präventionsstrategien für ältere Menschen.

6.2.2.2 Gesundheit und Krankheit bei älteren Menschen und erste Folgerungen für Präventionskonzepte

854. Der Rat hat im Sondergutachten von 1996 die demographische Entwicklung auf ihre Bedeutung für Morbidität und Mortalität im höheren Lebensalter analysiert. Im Einzelnen wurden die ‚vermeidbare' Mortalität, die sozioökonomischen Bestimmungen der Sterblichkeit und ausgewählte Krankheiten im Alter (Vorkommen, Risikofaktoren, Versorgungslast und Zusatzversorgungsbedarf sowie Präventionsansätze) – unter Verweis auf eine defizitäre Gesundheitsberichterstattung – erörtert, ferner die Korrelation zwischen physiologischen Alterungsprozessen und pathologischen Veränderungen dargestellt. Darüber hinaus werden Folgerungen zur Prävention, medizinischer Versorgung, Forschung und Gesundheitspolitik aufgezeigt (SG 1996, Ziffer 85ff.).

855. Die Datenlage zur altersspezifischen Morbidität ist in Deutschland eher dürftig. Sicher ist, dass die Zahl der chronischen Krankheiten[234] bei älteren Menschen deutlich steigt, während die der akuten Krankheiten in geringerem Maße zunimmt (Walter/Schwartz 2001). Dabei finden sich bei Älteren insbesondere hohe Prävalenzen von Herz-Kreislauf-Krankheiten und der assoziierten Risikofaktoren, sowie von Diabetes, Osteoarthritis, Osteoporose und Stürzen, Rückenleiden, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996)[235] und von Schlaganfällen, Depression und Demenz[236] (RKI 2006b).

856. Die Prävalenz chronischer Krankheiten insgesamt ist allerdings schwierig zu berechnen. Je nach Erhebungsmethode und Abgrenzungskriterium für chronische Krankheit ergeben sich dabei Anteile bis 40 % der Gesamtbevölkerung (s. auch Abschnitt 2.4.2.1). Teilweise werden sogar Chroniker-Anteile von über 40 % ermittelt, allerdings bezogen auf Versicherte mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Erhebungszeitraum (Gerste et al. 2000).[237] Dabei sind nur wenige chronisch Kranke kontinuierlich behandlungsbedürftig. Die Prävalenz chronischer Krankheiten und insbesondere die Multimorbidität (gemessen als Prävalenz von zwei oder mehr chronischen Krankheiten) nimmt mit dem Alter zu (Carels/Wiest 2000). Bei über 65-Jährigen wird der Anteil chronisch Kranker auf 62 % (Statistisches Bundesamt 2006) bzw. auf über 70 % geschätzt (Gerste et al. 2000). Die Berliner Altersstudie fand bei 87-90 % der über 70-Jährigen das Vorliegen mindestens einer Diagnose und subjektiv deutliche Beschwerden bei 71 %. Ausgeprägte Multimorbidität (hier als fünf oder mehr gleichzeitige körperliche Erkrankungen definiert) bezogen auf mittel- bis schwergradige Krankheiten wurde bei 30 % der über 70-Jährigen gefunden (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996) bzw. bei 24 % (Wurm/Tesch-Römer 2006) der über 70-Jährigen gefunden. Hier muss auf die Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit verwiesen werden: Bei nur 6 % lagen mehr als vier Krankheiten mit deutlichen subjektiven Beschwerden vor. Bei der subjektiven Krankheitswahrnehmung stehen die Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund – also solche, die mit Mobilitätseinbußen einhergehen, und auch Probleme des Hörverlusts. Die Zahlen weisen aber auch auf eine noch fehlende Trennschärfe der Definitionen für chronische Krankheit und Multimorbidität hin, die bisher für die Fragen der Prävention noch nicht klar zu operationalisieren sind. Vielleicht bietet auf Dauer das System des ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health)* der WHO (WHO 2002b) mit den Dimensionen ‚körperliche Funktionen und Strukturen' und ‚Ak-

[234] MEDLINE verweist auf die Definition des Dictionary of Health Services Management (2nd edition 1986): *„Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation, or care.“* (GA 2000/2001, III.1, Ziffer 292).

[235] Prävalenz bei den Teilnehmern der Berliner Altersstudie (70+) für bestimmte Diagnosen: Hypertonie 45,6 %, Koronare Herzkrankheit 23,3 %, Herzrhythmusstörung 33 %, Herzinsuffizienz 56,5 %, Zerebralarteriosklerose 65 %; Chronisch obstruktive Lungenerkrankung 25,3 %, Harninkontinenz 37,2 %, Osteoarthrose 54,8 %, Dorsopathien 46 %, Osteoporose 24,1 % (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996).

[236] Die Prävalenz der Demenz wurde für die Teilnehmer der Berliner Altersstudie mit 14 % (einschließlich leichter Demenzen) berechnet mit dem bekannten altersabhängigen Anstieg, der sich jedoch jenseits der 95 zu verlangsamen oder zu verschwinden schien. Bei 9,1 % wurden Diagnosen depressiver Symptomatiken (nach DSM-III-R) gestellt (Helmchen et al. 1996).

[237] Untersucht wurden AOK-Versicherte, die zwischen dem ersten Quartal 1998 und dem ersten Quartal 1999 bei Ärzten der KV Berlin in Behandlung waren. Chronische Krankheiten werden nach Krankheitsart und Behandlungsdauer definiert.

tivitäten und Partizipation' bessere Anknüpfungspunkte (vgl. Bengel et al. 2003).

857. Für die Konzeptualisierung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention ist es sinnvoll, die Zusammenhänge zwischen der Morbidität, den funktionellen Einschränkungen und der Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen zu erhellen. Es konnte belegt werden, dass erwartungsgemäß Morbiditätsaspekte Funktionseinbußen und diese wiederum Hilfsbedürftigkeit erklären, allerdings jeweils nur zu einem gewissen Teil (Steinhagen-Thiessen/ Borchelt 1996). Es bleibt eine hohe Variabilität, die auf Kapazitätsreserven hindeutet (Baltes/Baltes 1990) und durch zusätzliche und zum Teil in erheblichem Maße beeinflussbare Faktoren (sozioökonomische und psychosoziale Faktoren, Versorgungsqualität)[238] erklärt werden kann. Das bedeutet, dass körperliche Krankheit ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichender kausaler Faktor für Hilfsbedürftigkeit ist (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996). Vielmehr bestimmen Faktoren in der Person, ihrer Lebenslage und sozialen und räumlichen Umwelt, inwieweit chronische Krankheiten zu Behinderungen führen (Kruse 2002). Bei psychischen Krankheiten (hier untersucht: Demenz und Depression) scheint das allerdings anders zu sein, die Variabilität ist deutlich geringer. Zudem ist das fortschreitende Alter selbst als unabhängiger Faktor zu sehen: Die Hilfsbedürftigkeit ist in der Gruppe der über 85-Jährigen, also der Hochaltrigen, um ein Mehrfaches höher als bei den 70- bis 84-Jährigen (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996). Entsprechend steigt auch der Anteil der im Heim Lebenden mit dem Alter: Von allen Teilnehmern der Berliner Altersstudie (70 und älter) lebten ca. 9 % und von den über 95-Jährigen sogar 37 % im Heim.

858. Weiterhin ist das Konzept der Instabilität oder Gebrechlichkeit *(frailty)* von Bedeutung. Instabilität ist durch eingeschränkte Kompensationsmechanismen bzw. funktionelle Reserven begründet und geht mit Fluktuationen im Grade funktioneller Behinderung einher (Campbell/Buchner 1997). Während Behinderung ein Indikator für Funktionseinschränkungen darstellt, ist Instabilität ein Indikator für drohenden oder weiteren Funktionsverlust. Sie entsteht durch Beeinträchtigungen der muskuloskelettalen Funktion, der aeroben Kapazität, der kognitiven und integrativen neurologischen Funktionen und des Ernährungszustandes, die von Krankheit oder Alternsveränderungen herrühren. Sie sind durch präventive Interventionen im Allgemeinen zu beeinflussen (Renteln-Kruse 2004).

859. Aus der obigen Darstellung wird deutlich, dass es im Zusammenhang mit älteren Menschen nicht sinnvoll ist, Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention voneinander getrennt zu konzeptualisieren. Präventive Strategien müssen deshalb gleichermaßen darauf abzielen, Ursachen von Erkrankungen und Krankheit überhaupt zu vermindern (Primärprävention), Frühstadien von Krankheiten positiv zu beeinflussen (Sekundärprävention) und die Verschlimmerung von Krankheiten bzw. bleibende auch soziale Funktionseinbussen und Behinderungen zu verhindern (Tertiärprävention). Während in anderen Altersgruppen (mit der Ausnahme von jüngeren Chronikern) Gesundheit und Krankheit oft noch episodisch getrennt erlebt werden, verwischen diese Grenzen bei Älteren immer mehr, und das Modell eines Kontinuums mit graduellen Unterschieden zwischen Gesundheit und Krankheit ist hier besonders nahe liegend. Unspezifische Präventionsmaßnahmen können daher u. U. gleichzeitig das Auftreten neuer Erkrankungen verzögern oder verhindern, schon vorhandene Krankheitsparameter positiv beeinflussen und den Umgang mit einer manifesten chronischen Krankheit verbessern helfen. In diesem Sinne lassen sich auch Prävention, kurative Versorgung, Rehabilitation und Pflege letztendlich „weder zeitlich, räumlich, rechtlich noch finanziell sinnvoll trennen" (Arnold et al. 2000: 17). Den gleichzeitig vorhandenen unterschiedlichen Phasen von Krankheit und Funktionseinschränkung stehen „zugleich immer auch verbleibende oder erweiterungsfähige Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens gegenüber" (Arnold et al. 2000: 17). Diese gilt es zu stärken. Für die Akteure von Prävention und Versorgung bedeutet dies, dass eine lokale Vernetzung in Form einer wechselseitigen Information und Koordination unabdingbar ist. Zudem müssen alle Dienstleistungen (Prävention, soziale und den Alltag unterstützende Dienstleistungen, kurative Versorgung, Rehabilitation und Pflege) auf die Stärkung eben jener ‚verbleibenden oder erweiterungsfähigen Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns' hin ausgerichtet werden.

860. Um ein einseitiges Bild des Alters, geprägt hauptsächlich von Krankheit und Versorgungsbedarf, zu vermeiden, ist es wichtig, noch andere Aspekte von Gesundheit und Krankheit im Alter zu beleuchten: Gerade für das Alter wird eine ‚relative Unabhängigkeit' zwischen Krankheit und Versorgungsbedarf konstatiert. Obwohl sich im Alter nahezu bei jedem Menschen pathologische Veränderungen feststellen lassen, so beeinträchtigen diese häufig weder das Wohlbefinden noch die Funktionsfähigkeit – und bedürfen deshalb nicht unbedingt einer kontinuierlichen Behandlung oder Versorgung (Garms-Homolová/Schaeffer 2003). Dies wird auch illustriert durch einen Befund der Berliner Altersstudie: 66 % der 70-Jährigen und Älteren lebten nach eigener Einschätzung völlig selbständig (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996). Darüber hinaus beschrieben sich 63 % der Studienteilnehmer als zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem Leben und als optimistisch in Bezug auf ihre Zukunft (Smith et al. 1996). Zudem wird international die Frage der *compression of morbidity* (Fries 2003) und der *compression of disability* (Fries 2002) diskutiert. Einige Studien, insbesondere aus den USA deuten darauf hin, dass die Tendenz zur Lebensverlängerung nicht mit einer Tendenz zur Verlängerung der von Krankheit und Behinde-

[238] Steinhagen-Thiessen hat in ihrem Beitrag insbesondere die Medikationsqualität (und deren Mängel) genauer untersucht und kommt zu dem Schluss, dass diese „für den Prozess der Behinderung im Alter … von durchaus ebenso großer Bedeutung sein [könnte] wie körperliche Morbidität" (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996: 176). Darüber hinaus verweisen wir auch auf die Bedeutung integrierter Versorgung für insbesondere chronisch Kranke und deren Rehabilitationschancen, und damit auf einen weiteren Aspekt der „präventiven Potentiale kurativer Institutionen" (Schaeffe/Moers 1994: 385)

rung bestimmten Jahre einhergeht, sondern dass sich letztere sogar mit den Jahrgangskohorten graduell verkürzen (Breslow 2006; Fries 2003). Das National Center for Health Statistics in den USA verzeichnet zwischen 1991 und 2001 für alle Altersgruppen, die über 65- und über 75-Jährigen eingeschlossen, einen Anstieg derjenigen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut beurteilen, um einige Prozentpunkte (Breslow 2006). Inwieweit dies als stabiler Trend in die Zukunft angesehen werden kann, wird debattiert. Ergebnisse verschiedener Studien hierzu zeigen ein uneinheitliches Bild: In einem Vergleich der meisten europäischen Staaten (European Household Community Panel) zeigten sich z. B. unterschiedliche Ergebnisse im Hinblick auf eine *compression of disability* (basierend auf Selbsteinschätzungen) zwischen 1995 und 2003 – zwischen den Ländern, aber auch zwischen den Geschlechtern innerhalb der Länder. Während die allgemeine Lebenserwartung durchweg stieg, nahm die relative behinderungsfreie Lebenserwartung z. T. um mehr als 5 % zu oder ab oder blieb ungefähr gleich (Deutschland: Zunahme über 5 % bei Männern, Abnahme über 5 % bei Frauen) (Robine/Jagger 2005), während für Deutschland, ebenfalls auf der Basis von Selbsteinschätzungen, eine eindeutige allgemeine Zunahme aktiver Lebenserwartung konstatiert wird (Klein/Unger 2002).[239] In einer weiteren Studie werden vier verschiedene Aspekte beschrieben, die die Entwicklung zu mehr oder weniger Gesundheit in alternden Bevölkerungen unterschiedlich beeinflussen: den Anstieg der Überlebensrate von Erkrankten (höhere Morbidität), die Eindämmung des Fortschreitens chronischer Erkrankungen (Balance zwischen Rückgang von Mortalität und Zunahme der Morbidität), eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes und des gesundheitsrelevanten Verhaltens nachwachsender Kohorten (Verringerung der Morbidität) und das Anwachsen einer hoch betagten und gebrechlichen Population (Ausdehnung der Morbidität) (Robine/Michel 2004). Hinzu kommt die bereits geschilderte komplexe Beziehung zwischen Krankheit und Behinderung.[240]

Sozioökonomische Perspektiven

861. Zur Frage, wie sich Unterschiede in den früheren und aktuellen sozioökonomischen Lebensbedingungen auf körperliche und geistige Gesundheit im Alter auswirken, ist die Datenlage für Deutschland, aber auch international, noch verbesserungswürdig; es besteht aber Evidenz für die Fortdauer gesundheitlicher Ungleichheit bis ins hohe Alter (s. u.). Das wissenschaftliche Interesse an gesundheitlicher Ungleichheit ist zwar gestiegen (Mielck 2005), nur wenige Studien richten sich allerdings auf ältere Menschen. International existiert einige Varianz zwischen den Befunden. Zum Teil werden für das höhere Alter geringer werdende bis manchmal verschwindende Assoziationen zwischen sozialökonomischer Lage und Gesundheit konstatiert. Dies wird, insbesondere bei Männern, manchmal auf die nachlassenden Wirkungen der unterschiedlichen Arbeitsbelastungen zurückgeführt, während gleichzeitig die biologischen Alterungsprozesse wichtiger werden. Eine andere plausible Erklärung verweist auf die Auswirkungen einer selektiven Sterblichkeit, durch die in den eher benachteiligten Gruppen der Gesellschaft Menschen mit niedrigeren Risiken bzw. die widerstandsfähigsten Individuen überleben. Autoren der Berliner Altersstudie konstatierten eher verwundert, dass in ihren (*cross sectional*) Daten „Indikatoren der körperlichen und geistigen Gesundheit im Alter – mit Ausnahme der Demenz – zwischen Sozialschichten kaum variieren“ (Mayer/Wagner 1996: 251).

862. Die Vorstellung, gesundheitliche Ungleichheit lasse sich im Wesentlichen auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückführen, ist immer wieder diskutiert und häufig zurückgewiesen worden (z. B. Berkman/Gurland 1998). Eher lässt sich Gesundheitsverhalten unter anderem als ein Ausdruck der sozioökonomischen Lage interpretieren. Auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten besteht allerdings ein hoher statistischer Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und gesundheitlichen Ergebnissen (Richter/Mielck 2000). Ebenso hat sich erwiesen, dass die These der umgekehrten Kausalität (Gesundheit beeinflusst sozioökonomische Lage) nur einen geringen Teil gesundheitlicher Ungleichheit erklärt (z. B. Mackenbach et al. 2002).

863. Bei der Demenz ist der Einfluss sozio-ökonomischer Faktoren umstritten. Nicht alle, aber viele Studien beschreiben einen Zusammenhang von insbesondere niedriger Bildung mit erhöhtem Risiko für Demenz im Allgemeinen und Alzheimer im Besonderen (z. B. Helmchen et al. 1996). Allerdings gibt es Studien, die bezogen auf den klinischen Verlauf der Alzheimererkrankung von einer ähnlichen Betroffenheit über alle Schichten hinweg ausgehen und für die gefundenen Unterschiede im kognitiven Funktionieren eine höhere Reservekapazität im Gehirn besser gebildeter Menschen verantwortlich machen, die den klinischen Krankheitsverlauf länger kompensiert (Stern et al. 1999; Weyerer 2005; GA 2005, Ziffer 609ff.).

864. International und in Deutschland gibt es viele Studien, die soziale Ungleichheit in Morbidität, Behinderung und Mortalität auch bis ins hohe Alter dokumentieren. Dabei werden einerseits die Wirkungen der aktuellen Lebensbedingungen im Alter, andererseits die akkumulier-

---

[239] Eine Analyse von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) ergab einen sukzessive abnehmenden Anteil der nicht aktiven Lebensjahre für die Kohorten 1917, 1922 und 1927 bei Männern und Frauen, erhoben im Alter von 67, und zwar stärker abnehmend für die Männer (28,1, 24,8 und 21,4 % der Lebenszeit) als für die Frauen (27,6, 25,4, und 23,2 % der Lebenszeit) (Klein/Unger 2002).

[240] An dieser Stelle empfiehlt sich ein Hinweis darauf, dass Trends in der Entwicklung von Krankheit und Behinderung in der alternden Bevölkerung keine direkten Schlussfolgerungen für den zu erwartenden ‚Konsum' von Gesundheitsdienstleistungen bzw. die zu erwartenden Versorgungskosten in Medizin und Pflege zulassen, sondern unterschiedliche Faktoren auf der Angebots- und auf der Nachfrageseite einen deutlich signifikanteren Einfluss haben als populationsbezogene Entwicklungen von Krankheit und Behinderung – wie z. B. die geschaffenen Heimplätze für die Kosten für stationäre Pflege oder technologische Entwicklungen in der Medizin einerseits und die Anzahl der Menschen in ihren letzten Jahren vor dem Tod andererseits für die Entwicklung von Versorgungskosten (Gray 2005; Howse 2005).

ten sozioökonomischen Risiken im Verlauf eines Lebens (*life course approach*) auf Gesundheit, Krankheit und Tod (Nicholson et al. 2005) untersucht. In beiden Studientypen wurden signifikante Zusammenhänge zwischen günstigen sozioökonomischen Bedingungen und positiven Gesundheitsergebnissen für ältere Menschen gefunden.

865. So untersuchte eine amerikanische Studie (Bacon/Wilbur 2000) die Raten von Hüftfrakturen bei Weißen ab 50 in Abhängigkeit vom Einkommensdurchschnitt ihres aktuellen Wohnbezirks und fand (kontrolliert für Alter und Geschlecht), dass Menschen aus der höchsten Einkommensgruppe ein um fast 40 % verringertes Frakturrisiko im Vergleich zur niedrigsten Gruppe (50,9 bzw. 30,8 per 10 000 Einwohner) aufwiesen. Eine dänische Studie an 75-jährigen Frauen und Männern (Avlund et al. 2003) fand deutliche Zusammenhänge zwischen der aktuellen materiellen Lage (Einkommen und Hausbesitz) und verschiedenen Morbiditätsaspekten (Zahl chronischer Krankheiten, Funktionsfähigkeit, Mundgesundheit, subjektive Lebensqualität), während von Ausbildung und beruflichem Status wenig konsistente Wirkungen ausgingen.

866. Eine amerikanische Untersuchung (Robert/House 1996) im Rahmen der ‚Americans' Changing Lives Study' konstatierte, dass die gesundheitliche Ungleichheit (gemessen an Funktionsfähigkeit, Anzahl chronischer Krankheiten und subjektiver Gesundheit) vom mittleren Erwachsenenalter (35-44) bis beginnendem Alter (55-64) stärkere Zusammenhänge mit Einkommen und Ausbildung aufweist, während in späteren Phasen bis über 85 Jahre Hauseigentum und Geldvermögen wichtiger werden. So ergab eine Berechnung, die auf der einfachen Unterteilung der Personen in solche mit weniger und mehr als 10 000 US-Dollar Vermögen beruhte, dass die besser gestellte Gruppe erst mit 85 Jahren die Anzahl chronischer Krankheiten zeigte und die schlechter gestellte Gruppe schon zwischen 55 und 64.

867. Ähnlich fanden die Whitehall Studien I und II bei Männern im öffentlichen Dienst in England und Wales einen hohen und bis ins Alter anhaltenden Zusammenhang zwischen beruflichem Status (3 Stufen) und Morbidität. Die bei den Teilnehmern der ersten Studie (1967–1970) festgestellten Differenzen fanden sich auch bei der zweiten Untersuchung dreißig Jahre später (1997–1998) wieder: Ein niedriger Status im Berufsleben ging mit einem zwei- bis fünffach erhöhtem Risiko für schlechten subjektiven Gesundheitsstatus, schlechter mentaler Gesundheit, schlechter physischer Leistungsfähigkeit und Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (*activities of daily living*, ADL) einher (Breeze et al. 2001). In einer weiteren Untersuchung im Rahmen derselben Studie erklärte der berufliche Status Unterschiede in der Mortalität bis ins Rentenalter, in höherem Alter aber erklärten materielle Indikatoren (hier: Autobesitz) die Unterschiede stärker (Marmot/Shipley 1996).

868. Eine andere amerikanische Studie, ‚Growing Older in New York City' (Berkman/Gurland 1998), demonstriert deutliche Zusammenhänge zwischen Einkommen und Funktionsfähigkeit bei New Yorkern über 65 Jahren. Z. B befanden sich 57 % der niedrigsten Einkommensgruppe (< 6 000 US-Dollar pro Jahr) in den Stufen 4 und 5 (größte Einschränkungen) der fünfstufigen *Activity Limitation Scale*, im Vergleich zu 9,5 % der höchsten Einkommensgruppe (> 50 000 US-Dollar pro Jahr).

869. Zwei schwedische Studien untersuchten die Zusammenhänge zwischen Klassenzugehörigkeit (basierend auf Klassifizierungen von beruflichem Status) und Morbidität bei Hochaltrigen (77-98 Jahre) (Thorslund/Lundberg 1994) und Mortalität bei Menschen über 65 Jahren (Olausson 1991). In beiden Studien hatte die Gruppe der Angestellten und solcher mit professionellem Status die deutlich günstigsten Ergebnisse, während es für die anderen Gruppen – anders vielleicht als in Ländern mit größeren sozialen Unterschieden – keinen klaren Gradienten gab. Die klassenbezogenen Unterschiede hinsichtlich subjektiver Gesundheit waren interessanterweise geringer als die objektiven Parameter (z. B. Lungenfunktionstest).

870. In der finnischen Evergreen-Studie wurden bei sozioökonomisch (Einkommen, Ausbildung) benachteiligten 75-Jährigen selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevanten Verhalten (Rauchen, Bewegung) stärkere Einschränkungen ihrer funktionellen Kapazität gefunden als bei den sozioökonomisch Bessergestellten (Rautio et al. 2005; Rautio et al. 2001).

871. Eine interessante Studie an russischen Männern und Frauen über 50 Jahre (Durchschnittsalter der Männer 62,6, der Frauen 65,0) reflektiert die größeren sozialen Unterschiede dort anhand eines Lebenslaufkonzepts, das Hungererfahrung im Alter von 15 Jahren, Ausbildungsabschlüsse im Erwachsenenalter und das aktuelle Haushaltseinkommen als SES-Indikatoren beinhaltet (mit jeweils nur binären Kategorien), mit einem vier- bis fünffach erhöhten Risiko für subjektiv schlechte Gesundheit bei Belastung bei allen drei Indikatoren (Nicholson et. al. 2005).

872. Abschließend geben einige wenige und z. T. auch ältere Befunde für Deutschland ein vergleichbares Bild: So haben beispielsweise gesetzlich rentenversicherte Männer noch ab dem 65. Lebensjahr in der höchsten von fünf Stufen des früheren Gesamteinkommens eine um 2,3 Jahre längere fernere Lebenserwartung als die in der niedrigsten Stufe (Frauen: 1,9 Jahre) (Rehfeld/Scheitl 1991). Daten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte von 1985 zeigen in der Altersgruppe von 30–34-jährigen männlichen Angestellten ein für die unterste von sechs Einkommensstufen fünffach erhöhtes Sterberisiko gegenüber der höchsten Einkommensgruppe, und für die 55–59-Jährigen immer noch ein fast verdoppeltes.[241]

[241] Zu berücksichtigen ist hier, dass die Daten der BfA wegen ihrer Beschränkung auf die Einkommen aus unselbständiger Arbeit nur einen Teil der bestehenden Einkommensunterschiede in Deutschland abbilden.

Auch hier sinkt der relative Unterschied in der Mortalität mit dem Alter, während der absolute Unterschied in der Anzahl der Todesfälle steigt (Klosterhuis/Müller-Fahrnow 1994).[242] Ähnlich gilt dies für das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko (DHP-Studie): In den Altersgruppen 40–49, 50–59 und 60–69 Jahre tragen jeweils die Männer und Frauen der unteren Schicht (fünf Schichten, Index aus Schulbildung, beruflichem Status und Einkommen) das höchste Herzinfarktrisiko (bei gelegentlichen Umkehrungen zwischen Mittel- und Oberschicht), aber die relativen Unterschiede werden mit dem Alter geringer (Helmert et al. 1993: 105). In der Altersgruppe 60–69 Jahre tragen Männer und Frauen der untersten Schicht im Vergleich zur obersten Schicht allerdings noch immer ein um 50–60 % erhöhtes Herzinfarktrisiko und ein um 30 % (Männer) und um 130 % (Frauen) erhöhtes Schlaganfallrisiko. Die Verringerung der Ungleichheit mit dem Alter trifft jedoch bei Diabetes mellitus nicht zu (Helmert et al. 1994). Das bedeutet, dass gesundheitliche Ungleichheit differenziert untersucht werden muss, und keine einfachen Analogien von einer Krankheit zu anderen gemacht werden können.

873. Zusammenfassend lässt sich konstatieren: Die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede scheinen mit steigendem Alter geringer zu werden, aber erst in sehr hohem Alter, wenn überhaupt, ganz zu verschwinden. Da das Sterberisiko über alle Altersstufen hin einen ausgeprägten sozioökonomischen Gradienten aufweist, kann ein Beitrag der selektiven Sterblichkeit hierzu als plausibel gelten. Die Verringerung der Ungleichheit gilt anscheinend nicht für alle Aspekte von Morbidität und Mortalität gleichermaßen; ebenfalls scheinen im Alter etwas veränderte Indikatoren der aktuellen sozioökonomischen Situation (etwa Vermögen und Hausbesitz statt Bildung und Einkommen) die gesundheitlichen Unterschiede besser zu erklären bzw. abzubilden. Durch die insgesamt mit dem Alter ansteigenden Morbiditäts- und Mortalitätszahlen scheinen die absoluten gesundheitlichen Unterschiede z. T. noch zu steigen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit im Zuge der sich verändernden Morbiditätsprofile und abnehmender vorzeitiger Mortalität weiter in höhere Altersstufen verlagert (Lampert 2000). Es scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für die gesundheitlichen Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein. Im Hinblick auf eine genauere Klärung der Pfade bzw. Kausalitäten, auf denen bzw. aufgrund derer soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit insbesondere auch in höherem Alter führt, besteht allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf (Knesebeck/Schäfer 2006).

[242] *„Since mortality risks increase exponentially with age, the total number of 'excess deaths' that may be attributed to socioeconomic disadvantage tends to increase in later life even though relative risks decline.“* (Howse 2005: 14).

Genderperspektiven

874. Weithin bekannt sind die Unterschiede in der Lebenserwartung: Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer; die Mortalitätsraten der Männer sind bis ins hohe Alter höher.[243] Dafür wurden ein Bündel unterschiedlicher Ursachen identifiziert: Genetische und hormonelle Unterschiede, die Kombination von negativen sozioökonomischen Faktoren mit risikoreichen Verhaltensweisen besonders bei Männern, die stärkere Stressbelastung durch das Berufsleben[244], sowie Unterschiede zuungunsten der Männer in der Prävalenz besonders mortalitätsrelevanter Krankheiten wie Herzkrankheiten, Malignome und zerebrovaskulärer Erkrankungen (Baltes et al. 1996).[245] Außerdem wird die Sterberate der Männer stärker als die der Frauen negativ durch die verschiedenen Formen des Alleinlebens (ledig, geschieden, verwitwet) beeinflusst (Alber 2005).

875. Für die ‚Überlebenden' allerdings gilt, dass die Befunde für Frauen negativer sind als die für Männer. Insgesamt ist die körperlich-organische Gesundheit älterer Frauen nicht wesentlich schlechter als die gleichaltriger Männer; allerdings sind die Frauen häufiger von multiplen chronischen Krankheiten betroffen (41 % der Frauen in der Berliner Altersstudie gegenüber 30 % der Männer; Mayer et al. 1996). Zudem beurteilten die Frauen ihre subjektive Gesundheit schlechter als die Männer; und ihre Funktionseinschränkungen und ihre Hilfsbedürftigkeit sind stärker ausgeprägt als die der Männer und steigen mit dem Alter stärker an. Frauen klagen häufiger über psychische Störungen, was sich auch in klinischen Ergebnissen niederschlägt: Für Depression und für Demenz wurden höhere Werte für Frauen gemessen (Baltes et al. 1996). Zumindest im Hinblick auf Behinderungen scheinen sich diese Tendenzen nicht zu verbessern (s. o.): Während sich für Männer in Deutschland die relative (im Verhältnis zur allgemeinen Lebenserwartung) behinderungsfreie Lebenserwartung zwischen 1998 und 2003 noch erhöhte, sank sie für Frauen in Deutschland um mehr als 5 % (Robine/Jagger 2005).

876. Möglicherweise können die negativeren Befunde für Frauen wesentlich durch ihre ungünstigeren Lebensbedingungen erklärt werden: Frauen waren häufiger verwitwet, lebten häufiger alleine, leisteten häufiger Hilfe

[243] Die Differenzen der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen fielen aber in den europäischen Ländern recht unterschiedlich aus: zwischen 4,5 und 5 Jahre in Schweden, Dänemark, Großbritannien, Niederlande und Norwegen, 5,7 Jahre in Italien und Deutschland, 6,7 in Finnland und 8 Jahre in Frankreich (alle für 2003, OECD Health Data 2006).

[244] Befunde, nach denen die Lebenserwartung von Frauen durch belastende Berufstätigkeit nicht sinkt (Baltes et al. 1996), sind umstritten.

[245] Der Sachverständigenrat hat bereits auf eine mögliche Beeinflussung der Kohortensterblichkeit durch Krieg als ‚negative' Risikoselektion vor allem für Männer (höheres Sterberisiko für insbesondere gesündere Männer im Fronteinsatz) hingewiesen (GA 2000/2001, I, Ziffer 28). Zu möglichen Langzeiteffekten durch posttraumatische Belastungsstörungen und andere mögliche Folgen wurde keine Literatur gefunden.

an anderen und waren häufiger von Armut und niedrigem Sozialstatus betroffen. Frauen sind, möglicherweise z. T. durch ihr im Vergleich zu Männern anderes Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Versorgung, stärker von problematischen Arzneimittelverordnungen betroffen: Problematische Dauerverordnungen von Benzodiazepinen mit einem hohen Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAWs)[246] betreffen ab einem Alter von 50 Jahren Frauen zu 80–140 % häufiger als Männer (Glaeske/Hoffmann 2004). Außerdem mag das selektive Überleben besonders gesunder Männer zur Erklärung beitragen. Die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen im höheren Alter – die allerdings durch Gesundheit maßgeblich bestimmt wird – zeigt jedenfalls ein für die Frauen eher negatives Bild: 58,5 % der Frauen in der Berliner Altersstudie – gegenüber 38,4 % der Männer – befanden sich in Lebenslagen, die als schlecht oder sehr schlecht beurteilt wurden, nur 41,6 % der Frauen – gegenüber 69,7 % der Männer – in solchen, die als durchschnittlich oder gut bewertet wurden (Mayer et al. 1996).[247]

Gruppen in spezifischen Problemlagen

877. Zu den Gruppen in spezifischen Problemlagen gehören besonders arme Ältere, die sozial isoliert und gesundheitlich beeinträchtigt sind, insbesondere Alleinstehende, Frauen, pflegende Angehörige und Hochaltrige – Risiken, die kumulieren. Darüber hinaus gelten ältere Migranten als Gruppen mit problematischen Gesundheitschancen.

Von Armut betroffene ältere Menschen

878. Altersarmut hat sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren wesentlich verringert. Während die Armutsrate[248] der Gesamtbevölkerung gestiegen ist, ist sie bei den über 65-Jährigen gesunken.[249] Allerdings lag sie 1998 bei den Frauen immer noch höher als im (gestiegenen) Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (14,4 % gegenüber 10,9 %, Männer 65+: 10,1 %). Ältere arme alleinlebende Frauen sind, auch weil sie öfter und schwerer krank als die Männer sind, weiterhin eine besonders belastete Gruppe. Dabei werden gesundheitliche Probleme noch häufiger als finanzielle Probleme, aber besonders das Zusammentreffen beider Faktoren, als Hintergrund für ein marginalisiertes Leben erfahren (Böhnke 2006). Ältere Frauen, und in geringerem Umfang ältere Männer, die sozial isoliert und gesundheitlich so beeinträchtigt sind, dass ihre Mobilität ernsthaft eingeschränkt ist, die aber noch nicht manifest pflegebedürftig sind, gelten als ebenso sehr gefährdete Gruppe wie überaus schwierig erreichbar (‚Gespenst der offenen Altenhilfe'). Das Risiko für eine solche Situation steigt mit dem Alter stark an.

Ältere Migranten

879. Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer Migranten ist zwar nicht umfassend, doch machen einige Befunde die besondere Belastung deutlich. Im Vergleich zu deutschen älteren Menschen bewerten deutlich mehr ältere Migranten (etwa 40 %) ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (Geiger 1999). Migranten sind im Durchschnitt 10 Jahre früher als Deutschstämmige von chronischen Krankheiten betroffen – und weisen eine entsprechend höhere Rate an Frühberentungen auf (Collatz 1998). Im Vordergrund stehen hohe Prävalenzen von Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herzerkrankungen sowie psychosomatische Probleme. Zur Erklärung werden schwere Arbeitsbedingungen (schwere körperliche Arbeit, Schichtarbeit, Akkord und Überstunden) bei Arbeitsmigranten, Wohnbedingungen und die Entfremdungssituation der Migration, darunter ein durch kulturelle und Sprachbarrieren erschwerter Zugang zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung beschrieben; die ökonomische Situation ist häufig prekär (Seeberger 2003). Eine neuere Untersuchung, die auf den Daten des Alterssurveys 2002 basiert, bestreitet allerdings den schlechteren Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten im Vergleich mit Deutschstämmigen in ähnlicher sozioökonomischer Lage (Baykara-Krumme/Hoff 2006).

Es muss unterschieden werden zwischen verschiedenen Gruppen und deren unterschiedlichen Lebenssituationen: Arbeitsmigrantinnen und -migranten, Spätaussiedler, jüdische Migranten aus den GUS-Staaten und Flüchtlinge/ Asylbewerber (darunter wenig Ältere).

6.2.2.3 Prävention bei benachteiligten älteren Menschen: Bestimmung geeigneter Interventionsstrategien

880. Nach der Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer, sozioökonomisch benachteiligter Menschen geht es im Folgenden um eine nähere Bestimmung sinnvoller Präventionsstrategien. Dazu werden zunächst einige Konzepte des Alters und Alterns herangezogen, um ein für die Zielgruppe angemessenes Modell gesunden Alterns und seiner wichtigsten Einflussfaktoren zu entwickeln. Dann wird auf die in der Literatur konstatierten Präventionspotentiale im Alter verwiesen. Im nächsten Schritt wird der Erkenntnisstand zu wirksamen Präventionsstrategien zusammengefasst, bevor auf den Stadtteil als geeignetes Setting für die Prävention mit älteren benachteiligten Menschen eingegangen wird. Ausgehend vom Stand der

[246] UAWs betreffen hier Abhängigkeitsentwicklung und Absetz- und Entzugserscheinungen (bei Unterbrechung der Einnahme) sowie Einschränkungen von Konzentrationsfähigkeit, Gangsicherheit (mit der weiteren Folge von Stürzen und Brüchen) und kognitiver Fähigkeiten (Glaeske/ Hoffmann 2004).

[247] Für die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen wurde in der Berliner Altersstudie eine Clusteranalyse durchgeführt (Kombination von Ergebniskonstrukten aus den Bereichen Innere Medizin und Geriatrie, Psychiatrie, Soziologie und Sozialpolitik, Psychologie).

[248] Die Armutsschwelle liegt bei der Hälfte des westdeutschen mittleren Äquivalenzeinkommens (Böhnke 2006).

[249] Wenn allerdings die Jahrgänge mit gebrochenen Berufsbiographien, die ungefähr mit den Babyboomer-Jahrgängen beginnen, das Rentenalter erreichen, muss mit einem erheblichen Wiederanstieg der Altersarmut gerechnet werden (BMFSFJ 2006).

Praxis und ihrer Konzeptualisierung wird ein kurzes Fazit für Forschung und Praxis gezogen.

Erfolgreiches Altern – Gesundes Altern? Zur Konzeptualisierung des Alternsprozesses

881. Gesellschaftliche wie wissenschaftliche Konstruktionen des Alters zeigen ein weites Spektrum, das nicht frei von Widersprüchen ist. Überkommene Stereotypien vergangener Dekaden definierten das Alter im Wesentlichen als Periode des Verlusts, Niedergangs und sozialen Rückzugs. Sich als postmodern verstehende Gerontologen plädieren dafür, ‚Alter' in erster Linie als soziale und Diskriminierung legitimierende Zuschreibung und weniger als eine Kategorie zu verstehen, die Entsprechungen in der Realität aufweist (Bytheway 2000). Andere sehen in solchen Sichtweisen eher den populären Reflex der Verleugnung des Alters gespiegelt, des Postulats ‚Man ist so alt wie man sich fühlt', und damit geradezu eine verdeckte Form der Altersdiskriminierung (Andrews 1999).[250] Aus einer solchen Perspektive geht es darum, sowohl Kontinuitäten wie Transformationen in höheren Lebensaltern zu beschreiben, und damit einerseits die Kontinuität der Person und ihres Lebens und andererseits die physischen, psychischen und sozialen Veränderungen zu verdeutlichen, die, wenn auch in sehr unterschiedlichen Formen und Ausmaßen, mit dem Älterwerden einhergehen – und den Umgang der Älteren mit diesen Veränderungen. Das Modell des Alterns von Baltes und Carstensen beschreibt eine sich verändernde Balance zwischen Gewinnen und Verlusten, die allerdings mit zunehmendem Alter tendenziell negativer wird (Baltes/Carstensen 1996).

882. Anfang der neunziger Jahre wurde ein Modell individuellen erfolgreichen Alterns vorgestellt, das nachhaltigen Einfluss auf die öffentliche und wissenschaftliche Diskussion des Alterns genommen hat (Baltes/Baltes 1990). Ältere Menschen werden als aktive Gestalter ihres Lebens und Alterns verstanden, die Ziele zu verwirklichen suchen und dabei versuchen, Verluste zu minimieren und Erfolge zu maximieren. Gestaltungs- und Anpassungsprozesse, die ‚erfolgreiches Altern' ermöglichen, werden als Selektion, Kompensation und Optimierung beschrieben. Die Optimierung zielbezogener Mittel verweist auf die – möglicherweise mühevolle – Erweiterung oder Verfeinerung von Kompetenz- und Kapazitätsreserven in ausgewählten Lebensbereichen. Die Selektion von Zielen und Präferenzen berücksichtigt entstehende Einschränkungen der Lebensbereiche und Veränderungen der persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen. Die Kompensation verlorener Kompetenzen oder Ressourcen schließlich erfordert die Mobilisierung alternativer Ressourcen, wenn die ursprünglichen abnehmen – das kann den Erwerb neuer persönlicher Fähigkeiten oder den Gebrauch von Hilfsmitteln einschließen. Die mögliche Reichweite dieser Prozesse ist wesentlich abhängig von förderlichen Umweltbedingungen. Sinngemäß ähnlich formuliert die WHO den Ansatz des ‚aktiven Alterns', als „den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern" (WHO 2002a: 12).

883. Als ein zentrales Ziel gilt der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit. Dieses umfassende Konzept schließt ‚gesundes Altern' mit ein – und verweist damit gleichzeitig auf das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der WHO als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Wie bereits angedeutet, sollte sich das Verständnis aktiven Alterns nicht auf krankheits- und behinderungsfreie Jahre beschränken. Es wird stattdessen empfohlen, „die verschiedenen Formen von Aktivität …" zu erfassen und dabei die Frage zu stellen, welche Formen der Aktivität in Grenzsituationen – wie z. B. jener der chronischen Krankheit oder Behinderung – verwirklicht werden (Kruse 2002: 11).

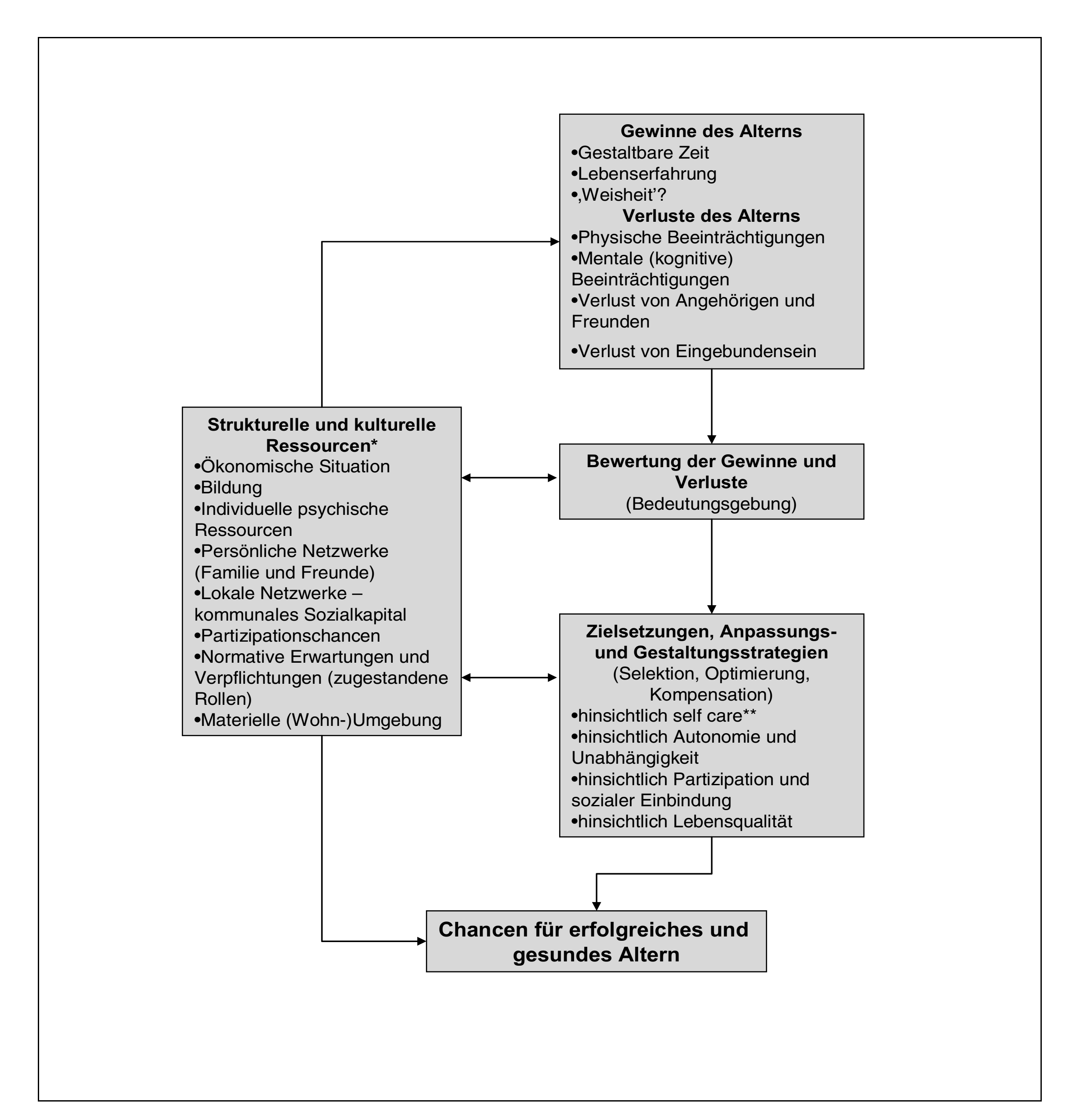
884. Das Konzept von Baltes und Baltes wird von Godfrey erweitert, indem sie es um die sozioökonomischen und kulturellen Faktoren ergänzt, die die Gestaltungs- und Anpassungsmöglichkeiten älterer Menschen fördern oder beeinträchtigen, insbesondere die ökonomische Situation des Einzelnen, die sozialen Netzwerke in der Familie und in der Nachbarschaft und die sozialräumliche Qualität des Stadtviertels (zusammen beschreibbar mit Kategorien aus den Konzepten des ‚Sozialkapitals'), sowie die kulturellen Zuschreibungen und Erwartungen an ältere Menschen (Godfrey/Randall 2003). Diese Erweiterung ermöglicht es, die eingeschränkten Gestaltungschancen, aber auch die Ressourcen benachteiligter älterer Menschen konzeptuell zu erfassen und empirisch beschreibbar zu machen, und daraus die Bestimmung sinnvoller Ansatzpunkte für Präventionsprojekte in konkreten sozialen Settings zu ermöglichen.

885. Aus einer Kombination der Konzepte von Baltes und Baltes, der WHO und Godfrey lässt sich ein Modell der Einfluss- und Prozessfaktoren erfolgreichen und gesunden Alterns, das die sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen mit abbildet, folgendermaßen darstellen:

[250] Unbestritten ist allerdings, dass gesellschaftliche Sichtweisen des Alters und der gesellschaftliche Umgang mit dem Alter die Realitäten des Alterns entscheidend mit beeinflussen.

Abbildung 42

Einfluss- und Prozessfaktoren gesunden und erfolgreichen Alterns



* Wenn diese Ressourcen stark ausgeprägt und positiv besetzt sind, wirken sie gesundheitsfördernd und tragen zur Resilienz bei; bei geringer oder negativer Ausprägung wirken sie gesundheitsbelastend.

** *Self care* meint die aktive Teilnahme an Aufgaben wie angemessene Medikation und andere Behandlungen von Krankheiten, gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Bewegung, Aufrechterhaltung von Hygiene, und den Gebrauch moderner Technologien für Information und Sicherheit (BURDIS/Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology 2004).

Quelle: Kümpers 2006; modifiziert nach Godfrey/Randall 2003

Präventionspotentiale

886. Prävention für höhere Altersgruppen hat lange ein Schattendasein geführt. Dies beginnt sich in den letzten Jahren zu verändern, nicht zuletzt wohl unter dem Eindruck der demographischen Entwicklung und der befürchteten starken Belastung des Gesundheits- und Pflegesystems in personeller und finanzieller Hinsicht. Aber auch die gerontologische Forschung hat entscheidend zu dieser Entwicklung beigetragen, indem das „Dogma der morphologischen und physiologischen Unveränderbarkeit von Einbußen im Alter“ (Walter/Schwartz 2001: 192) zugunsten neuer Erkenntnisse über die Variabilität und Plastizität der biologisch-physiologischen Prozesse zurückgewiesen wurde (GA 2000/2001, Ziffer 199). Variabilität bezeichnet die realen Unterschiede zwischen individuellen Alternsprozessen; das Konzept der Plastizität verweist auf die Beeinflussbarkeit der wesentlichen Faktoren und damit auf vorhandene Reservekapazität und deren funktionale Ausschöpfung (Mechling 2005).

887. So betonen deutsche Überblicksschriften der letzten Jahre wie auch die WHO im Sinne der ganzheitlichen Konzepte für aktives, erfolgreiches oder gesundes Altern (s. o.), dass sich Präventionskonzepte nicht auf Aspekte körperlicher Gesundheit beschränken sollten (Kruse 2002; GA 2000/2001, I, Ziffer 164ff.; Walter/Schwartz 2001; WHO 2002a). Sie sollten stattdessen ganzheitliche Strategien verfolgen, die die interaktive Wirkung physischer, mentaler, sozialer, ökonomischer und Umgebungsfaktoren berücksichtigen, und damit physiologische Alterungsprozesse, Risikofaktoren und Erkrankungen, sowie auch Prozesse, die zur Entstehung von Behinderungen beitragen, günstig beeinflussen. Die Differenzierung zwischen Krankheit, Funktionseinbußen, Behinderung und Hilfebedürftigkeit hat die Untersuchung der Interaktionen zwischen diesen Phänomenen und der vielfältigen äußeren und inneren Faktoren, die sie beeinflussen, ermöglicht (WHO 2002b). Dabei wird insbesondere Behinderung als wesentlich sozial konstruiert und durch Umweltfaktoren beeinflusst angesehen und letzten Endes definiert als die Kluft zwischen den Fähigkeiten einer Person und den Anforderungen durch die Umwelt, die primär durch Anpassungen der physischen und sozialen Umwelt geschlossen werden könnte (BURDIS/Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology 2004). Prävention im Alter zielt deshalb sowohl durch Umweltanpassungen als auch durch Förderung persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen nicht lediglich auf die Vermeidung von Krankheit, sondern ebenso auf die Vermeidung von Funktionseinbußen und Behinderungen, und damit auf die Aufrechterhaltung und Verbesserung von Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Selbständigkeit. Sie kann damit nicht nur zur *compression of morbidity*, sondern auch zum Erhalt höherer Funktionslevel und damit zur Verhinderung von Hilfsbedürftigkeit beitragen (Walter/Schwartz 2001), also zur *compression of disability* (Robine/Michel 2004).

888. Bezüglich der empfehlenswerten Altersspanne für Prävention bei Älteren wird einerseits betont, dass präventive Strategien für ältere Menschen aller Altersstufen, d. h. auch für Hochaltrige, effektiv sein können (Walter/Schwartz 2001), andererseits, dass Prävention vor dem Eintritt erheblicher Behinderungen Erfolg versprechender ist (BURDIS/Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology 2004). Es ist davon auszugehen, dass insbesondere für bereits in ihrer Mobilität eingeschränkte Hochaltrige Zugangswege zur Prävention spezifisch ausgerichtet werden müssen.

889. Zu den Gesundheitsproblemen, für die ein beachtliches Präventionspotential gesehen wird, gehören insbesondere Herz-Kreislauferkrankungen und deren Risikofaktoren, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Stürze, und eingeschränkt die Depression und die Demenz.[251] Man hat auch Präventionspotentiale quantitativ zu bestimmen gesucht: Von in populationsbezogenen Interventionsstudien erreichten Risikofaktor-Modifikationen ausgehend wurden Senkungen der Krankheitslasten durch Herzinfarkte, (22–27 % durch Cholesterinsenkung, Stressmanagement oder kombinierte Methoden), ischaemische Herzerkrankungen (15–38 % durch Cholesterin- bzw. Blutdrucksenkung) und Schlaganfälle (27–38 % durch Blutdrucksenkung bzw. Stressmanagement, 71 % durch kombinierte Ansätze), errechnet (Walter/Schwartz 2001). Ob sich solche Reduktionen auch für Gruppen älterer benachteiligter Menschen realisieren ließen, lässt sich daraus allerdings nicht ableiten.

Bisherige primärpräventive Ansätze für ältere Menschen in Deutschland

890. Während die spezifischen Versorgungsprobleme für ältere Menschen langsam verstärkt Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion finden[252], spielt Primärprävention für ältere Menschen in der medizinischen und pflegerischen Praxis weiterhin eine eher untergeordnete Rolle (Walter et al. 2006). Neben medizinischen Vorsorgeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen (mit z. T. niedrigen Teilnahmeraten unter den Älteren) ist seit dem 1. April 2005 ein hausärztlich-geriatrisches Assessment als abrechenbare Kassenleistung eingeführt, nicht aber der seit langem diskutierte und vielfach erprobte präventive Hausbesuch (Kruse 2002).[253] Eine weitere medi-

---

[251] Ein hohes Präventionspotential, wie für alle Herz-Kreislauf-Krankheiten, wird für Multi-Infarktdemenz gesehen (Kruse 2002; Weyerer 2005). Für Alzheimer wird meist ein geringes Präventionspotential angenommen; allerdings weisen einige Studien darauf hin, dass kardiovaskuläre Risikofaktoren auch Alzheimer beeinflussen (Gorelick 2004).

[252] So ist in § 40 SGB V festgelegt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab dem 1. April 2007 von Ermessens- zu Pflichtleistungen werden (SGB V 2007).

[253] Ein Experten-Hearing im Jahr 2005 sah auf dem Hintergrund der bisherigen Evidenz die Empfehlung einer Interventionsstudie für ein präventives Hausbesuchsprogramm für Menschen über 75 Jahre als begründet an, nicht aber bereits die allgemeine Einführung, weil noch keine ausreichende Evidenz für spezifische Erfolgsdeterminanten bestehe. Die Interventionsstudie soll weiteren Aufschluss über sinnvolle Ziel- und Zielgruppenbestimmung, Inhalte, Qualifikation der Durchführenden, Programmstruktur und Kosten eines Hausbesuchsprogramms ermöglichen (Arbeitsgruppe 3 ‚Gesund altern’ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung 2006).

zinische primärpräventive Maßnahme für Ältere ist die Grippeschutzimpfung.[254] Weiterhin bildet der Wettbewerb um ‚gute' Risiken eine Barriere gegenüber einer weitergehenden Nutzung des § 20 SGB V für Zielgruppen benachteiligter Älterer durch die Krankenkassen. In den individuellen Kursangeboten der Krankenkassen sind die über 60-Jährigen unterrepräsentiert, aber dennoch präsent (20,3 % der Kursteilnehmer, aber 26,4 % der Versicherten) (Walter et al. 2006); bei der bekannt geringen Eignung für und Nutzung durch sozioökonomisch benachteiligte Gruppen ist von einer geringen Teilnahme an diesen Angeboten durch benachteiligte Ältere auszugehen.

891. Sichtbare Primärprävention für Ältere findet daher weitgehend im Rahmen von Förderprojekten und Initiativen statt, die z. B. im Rahmen der Verleihung des Deutschen Präventionspreises 2005 dargestellt wurden. Unter den 15 ausgezeichneten und nominierten Projekten waren fünf primärpräventive Ansätze. Darunter war das viel diskutierte und erfolgreiche gruppenbezogene Konzept des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie des Albertinen-Hauses in Hamburg zur Erhaltung von Gesundheit, Lebensqualität und Selbständigkeit sowie das gemeinsame Konzept der AOK und WHO-Europa, bei dem ‚aufsuchende Aktivierung' (Hausbesuch) ein geriatrisches Assessment, anschließende Beratung und das Ziel weitergehender Vernetzung umfasst. Unklar ist bei beiden Konzepten, inwieweit sie benachteiligte Gruppen älterer Menschen mit hohem Risiko nachhaltig erreichen können, zumal von den Teilnehmern z. T. auch zugezahlt werden muss. Zwei weitere Projekte bezogen sich deutlich auf benachteiligte Zielgruppen (s. u.).

Bestimmung geeigneter Interventionsstrategien für sozioökonomisch benachteiligte Ältere

892. Bei der Diskussion über Präventionsansätze für Ältere werden immer wieder die selben Ansatzpunkte angeführt, die vielfach auf Lebensweisen und Verhalten bezogen sind: Bewegung, Ernährung, Stressmanagement; weil die meisten älteren Menschen an mindestens einer chronischen Krankheit leiden, spielen darüber hinaus noch Bewältigungsstrategien und Selbstmanagement hinsichtlich dieser Krankheiten eine wesentliche Rolle. Außerdem werden soziale Unterstützung und Vernetzung als wichtige Faktoren angesehen. Vor allem haben körperliche Bewegung und Ernährung (einschließlich der Vermeidung von Über- und Untergewicht) und die Vermeidung des Rauchens präventive Wirkungen für viele ‚Altersleiden': Auf Herzkreislauferkrankungen und ihre Risikofaktoren, Diabetes, Osteoporose und Stürze – und auf Behinderungen, die in deren Folge auftreten können (Walter/Schwartz 2001).

[254] Neuere Studien belegen zusätzlich zum Grippeschutz eine Reduktion der Sterblichkeit durch die Grippeschutzimpfung bei Menschen mit Herz-Kreislauferkrankungen (Gurfinkel et al. 2002; Gurfinkel et al. 2004).

893. Während aber einerseits Zusammenhänge zwischen einzelnen Verhaltensaspekten, Risikofaktoren und Erkrankungen hergestellt werden können, deuten andererseits Ergebnisse der Interventionsforschung darauf hin, dass Interventionen zur Beeinflussung einzelner Faktoren meist ineffektiv bleiben und dass Interventionen zur erfolgreichen Prävention von Krankheiten und Behinderungen bei Älteren im wesentlichen multifaktoriell gestaltet werden müssen (BURDIS/Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology 2004). Komplexe Interventionen erreichen mit höherer Wahrscheinlichkeit nachhaltige Effekte auf die Gesundheit älterer Menschen. Gleichzeitig bestehen große Schwierigkeiten bei der Evaluation und der Evidenzbasierung, weil solche multi-dimensionalen Strategien den herkömmlichen Evidenzkriterien nur schwerer zugänglich sind und alternative Evaluationsmethoden erfordern (Smedley/Syme 2001). Entsprechend den hier beschriebenen Modellen für erfolgreiches und gesundes Altern steht Aktivierung im Allgemeinen im Zentrum komplexer primärpräventiver Strategien für ältere Menschen – diese sollen physische, psychische, kognitive, soziale und kulturelle Aktivierung ermöglichen und fördern, ausgehend von der Basisannahme einer wechselseitigen Beeinflussung von Aktivität im weitesten Sinne einerseits und Gesundheit andererseits.[255] Zu selten sind aber bisher die besonderen Bedingungen von älteren Menschen in schwierigen sozioökonomischen Lebenslagen berücksichtigt worden (Minkler et al. 2000).

894. Primärpräventive Interventionen können auf drei Ebenen ansetzen: Dem Individuum, der Lebenswelt/dem Setting, und der Bevölkerung (GA 2005, Ziffer 167). Da der soziale Kontext für die Gesundheit (nicht nur) der älteren Bevölkerung, also für gesundes Altern mit entscheidend ist, bleiben ausschließlich individuell ansetzende Strategien stets suboptimal.[256] Kontextbezogene Ansätze, die verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verbinden (also Setting-Ansätze), sind insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen unabdingbar, weil deren Lebenswelten häufig starke Gesundheitsbelastungen aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten erschweren (GA 2005, Ziffer 198ff.). Durch ermöglichende, initiierende und begleitende Interventionen von außen sollen Prozesse angestoßen werden, mit denen die Beteiligten bzw. Bewohner des Settings dieses nach ihren Bedürfnissen mit gestalten (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Dabei sollen aktivierende und partizipative Lern- und Innovationsprozesse in Gang kommen, die sowohl die Ressourcen der Einzelnen wie des sozialen Kontexts weiter

[255] Dass Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Ältere nicht recht zu trennen sind, schließt ihrem Wesen nach primärpräventive Interventionen nicht aus, sondern macht sie im Gegenteil noch sinnvoller: Unspezifische Präventionsmaßnahmen können u. U. gleichzeitig das Auftreten neuer Erkrankungen verzögern oder verhindern, schon vorhandene Krankheitsparameter positiv beeinflussen und den Umgang mit einer manifesten chronischen Krankheit verbessern helfen (s. Abschnitt 6.2.2.2)

[256] Strategien wie der präventive Hausbesuch, zunächst ein individueller Ansatz, scheinen insbesondere dann wirksam zu sein, wenn mit dem erstellten ganzheitlichen Assessment weiterreichende Maßnahmen initiiert werden, die auch soziale und umweltbezogene Risiken betreffen (Elkan et al. 2001; Kruse 2002; Stuck et al. 2002).

entwickeln (*empowerment).* Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' hat aus den bisherigen Erkenntnissen eine Liste von Good Practice-Kriterien entwickelt, die einen praxisbezogenen Beitrag zur Qualitätsentwicklung entsprechender Präventionsstrategien leisten sollen (Lehmann et al. 2006). Über die Prozesse, die zu mehr oder weniger Gesundheit spezifisch für benachteiligte Gruppen älterer Menschen in ihrem sozialen Kontext bzw. ihrer Lebenswelt führen, und über Interventionen, die diese Prozesse beeinflussen können, ist aber noch nicht sehr viel bekannt. Es sind deshalb solche Präventionsansätze zu fördern und zu evaluieren, die auf der Ebene der Lebenswelt/dem Setting ansetzen, um die Erkenntnisse über die Zielgruppen, ihre Lebenswelt und ihre sozialen Prozesse, und über daraus resultierende Zugangswege für zielführende Prävention zu vertiefen. Für ältere Menschen ist dafür ihre Wohnumgebung zentral: Der Stadtteil oder das Dorf, in dem sie leben.

Stadtteil oder Dorf als Setting für Prävention für ältere Benachteiligte

895. Auf Primärprävention im Setting ‚Stadt' und die Bedeutung kommunaler Gesundheitspolitik ist der Rat in seinem letzen Gutachten bereits eingegangen (GA 2005, Ziffer 330ff.) und hat dabei auf die unterschiedlichen Planungsebenen in Kommunen, die notwenige Koordination verschiedener Sektoren der Kommunalpolitik sowie auf einige wichtige Aspekte im Wohnumfeld hingewiesen. Hier geht es im Folgenden um den Stadtteil als Lebenswelt älterer, insbesondere sozioökonomisch benachteiligter Menschen.[257]

896. Die Lebenswelt der älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, aber noch selbständig leben, ist im Wesentlichen ihre Wohnumgebung. Das gilt insbesondere für schlechter gestellte ältere Menschen, deren Mobilität (Reisen, überregionale Kontakte) auch finanziell bedingt tendenziell geringer ist als bei besser gestellter älterer Menschen.[258] Zudem wird die Mobilität und damit das erreichbare Umfeld durch entstehende Behinderungen weiter eingeschränkt – und auch das gilt für benachteiligte Ältere in besonderem Maße – das zu Fuß erreichbare Wohnviertel wird dadurch zunehmend zentral. Das bedeutet, dass die ‚Lebenswelt' – die Gesamtheit der räumlichen und sozialen Bezüge eines Einzelnen oder einer Gruppe – und der ‚Sozialraum' – ein geographisch, administrativ und sozial als Einheit definierbares Gebiet – für solche Ältere stärker übereinstimmen als für etliche andere Bevölkerungsgruppen (Institut für soziale Arbeit 2001).[259]

897. In den letzten Jahren hat sich in Deutschland der Begriff der ‚Sozialraumorientierung' aus der Perspektive von Sozialarbeit und Stadtentwicklung für die Verbindung von Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung und der Begriff des Settingansatzes aus der Public-Health-Perspektive herausgebildet (Bär et al. 2004). Die Sozialraumorientierung wurde auf relativ breiter Ebene im Rahmen des Bund-Länder-Programms ‚Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt' umgesetzt, das 1999 implementiert wurde und bis heute fortgesetzt wird. Zentrales Instrument ist das Quartiersmanagement, das der „Organisation von Interessen, der Initiierung und Begleitung von Aktivitäten und auch der Befähigung der Bürgerinnen und Bürger, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Gestaltungsideen umzusetzen" (Löhr 2004: 4), dient.[260] Konzeptuell sehr ähnlich basiert auch die ‚Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings' auf partizipatorischen Prozessen.

898. So hat der Stadtteil in den letzten Jahren als Ansatzpunkt für soziale und gesundheitliche Interventionen – und für die Verbindung von Beidem – mehr Beachtung gefunden. Das spiegelt sich in der Literatur über settingbasierte Primärprävention wider. Bei der Auswertung[261] der von Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der BZgA aufgebauten Datenbank für gesundheitsfördernde Projekte für sozial benachteiligte Zielgruppen fand man Schwerpunkte in den Settings Schule und Stadtteil (Kilian et al. 2004; GA 2005, Ziffer 348ff.). Bär bezieht sich explizit auf Stadtteile als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und beschreibt die allmähliche Öffnung und Erweiterung sozialräumlicher Ansätze für explizite Gesundheitsthemen, u. a. am Beispiel des Programms ‚Soziale Stadt' (Bär et al. 2004). Auch die Evaluation des Soziale-Stadt-Programms durch das Deutsche Institut für Urbanistik kommt zu dem Schluss, dass Gesundheitsförderung als Thema zunehmend stärker wahrgenommen wird; in der Umsetzung wird aber noch großer Nachholbedarf gesehen (Böhme et al. 2003). Zum Entwicklungsstand der settingbasierten Gesundheitsförderung insgesamt in Konzeption und Praxis ergaben Auswertungen der Datenbanken von Gesundheit Berlin e.V. wie auch von ‚Soziale Stadt' dann auch übereinstimmend, dass eine Systematisierung „in der Konzeptentwicklung, beim Zielgruppenbezug, in der Methodenkompetenz (und) der Qualitätsorientierung" in vielen Projekten erst im Aufbau ist (Kilian et al. 2004: 211). Auch Instrumente der Doku-

---

[257] Hier geht es um die unmittelbar zugängliche und bedeutsame Lebenswelt. Diese kann auch die Kleinstadt oder das Dorf sein, die sich von großstädtischen Settings durch eine geringere Konzentration problematischer Lebenslagen unterscheiden dürften. Andererseits sind solche Lebenslagen in großstädtischer Umgebung z. T. eher sichtbar und durch existierende Angebote leichter bearbeitbar – wohingegen dörfliche Strukturen wiederum häufiger nachbarschaftliches Sozialkapital aufweisen dürften. Diese Unterschiede sind noch nicht tiefgehender bearbeitet, werden aber in der weiteren Entwicklung von Praxis und Forschung Beachtung finden müssen.

[258] Eine Ausnahme stellen solche Migranten dar, die ihr Leben teils in der Heimat, teils in Deutschland verbringen.

[259] Das ist außer für Ältere auch besonders für Kinder, und damit tendenziell für Familien, der Fall.

[260] Hier liegen Bezüge zum Begriff der *community projects* im angelsächsischen Sprachraum nahe: Der Begriff *community* bezeichnet oft, aber nicht immer, eine geographische Einheit (wie *neighbourhood* immer), transportiert aber häufig noch darüber hinausgehende positive Bedeutungen wie die gemeinsamer Interessen, Identität und lokaler Problemlösungen durch die Bewohner selbst. Wenn diese Bedeutungen allerdings unreflektiert bleiben, können sie die strukturellen Grenzen lokaler Problemlösungen in benachteiligten Stadtteilen verschleiern (Labonte 1997).

[261] Stand September 2003 (Kilian et al. 2004)

mentation und Evaluation sind in der Regel noch nicht weit entwickelt.

899. Insgesamt sind in Deutschland die Erfahrungen und Erkenntnisse im Hinblick auf das Setting ‚Stadtteil', Kleinstadt' oder ‚Dorf' noch nicht sehr weit entwickelt. Die bisherige Erfahrung und Evidenz der Machbarkeit und Wirksamkeit der settingbasierten Gesundheitsförderung in Deutschland beziehen sich weitgehend auf betriebliche Gesundheitsförderung (Lenhardt 2003; Lenhardt et al. 1997). In Settings wie Betrieben und Schulen mit klar definierten Organisationsformen, verbindlicher Zugehörigkeit der Beteiligten und deutlichen Grenzen nimmt die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings die Form kontinuierlicher partizipativer Organisationsentwicklung an; in einem Stadtteil bzw. Dorf geht es dagegen eher um die Anregung und Verstetigung von Selbstorganisationsprozessen der Bewohner, unterstützt durch institutionelle Akteure bzw. in Kooperation mit ihnen. Im Stadtteil herrschen andere Bedingungen als im Betrieb: Stadtteile oder ähnlich auch Nachbarschaften und soziale Brennpunkte sind nicht unbedingt selbstverständlich mit ihren Grenzen definiert. Darüber hinaus verfügen sie nicht über eine klare organisationelle oder institutionelle Struktur, durch die wesentliche Abläufe oder auch nur der Zugang zu den Bewohnern geregelt wären. Zudem muss hier – wenn man nicht von sehr kleinen Einheiten wie die eines Wohnblocks oder weniger Straßenzüge ausgeht – eher von einer Vielfalt als von einer Einheitlichkeit der Interessen und der Zielgruppen ausgegangen werden.

Zum Stand der Praxis stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen in Deutschland in der Literatur

900. Sozial benachteiligte Ältere haben als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten bisher wenig Aufmerksamkeit gefunden. In dem Beitrag von Bär zu stadtteilbasierter Primärprävention wurden sie nicht erwähnt (Bär et al. 2004). Bisher gibt es auch keine wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Thema in Deutschland.[262] Allerdings dokumentieren Entwicklungen an der Schnittfläche zwischen Politik und Praxis eine steigende Aufmerksamkeit: Beim Deutschen Präventionspreis 2005 (‚Gesund in der zweiten Lebenshälfte') war unter den zweitplatzierten Projekten immerhin eines, das Stadtteilorientierung und Gesundheitsförderung verbindet: Die Kölner Seniorennetzwerke, die mit einer Art Quartiersmanagement an den Ressourcen älterer Menschen in benachteiligten Stadtteilen ansetzen und deren Aktivierung und Partizipation in vielfacher Hinsicht ermöglichen.[263] Weiterhin hat der BKK-Bundesverband im Jahr 2005 im Rahmen seines Programms ‚Gesundheit für Alle' ein Projekt ‚Gesund älter werden im Stadtteil' initiiert, in dem zehn Soziale-Stadt-Standorte in NRW ausgesucht wurden, um das dortige Quartiersmanagement exemplarisch darin zu unterstützen, in Partizipation mit den älteren Bewohnern Möglichkeiten zu altersgerechter Bewegung und Aktivität zu entwickeln, und damit zum Erhalt von Selbständigkeit und Beschwerdefreiheit beizutragen (Gräf 2005).

[262] Einige ‚graue' Literatur existiert zum Thema.

[263] Dieses Projekt hat seinen Ursprung in der Suche nach einer Neuorientierung der ambulanten Altenhilfe; die Perspektive der Gesundheitsförderung wurde im Laufe des Projekts – gerade auch im Zusammenhang mit der Ausschreibung des Präventionspreises – ergänzt.

Zum Stand der Praxis stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen in Deutschland – Ergebnisse einer Recherche

901. Aufgrund der wenigen vorliegenden Informationen wurde von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung eine Recherche zum Stand der gegenwärtigen Praxis in Deutschland durchgeführt, mit dem Ziel einer Exploration des Standes der Praxis und des Forschungsbedarfs. Es sollte damit auch geklärt werden, ob es in diesem Bereich bereits Projekte gibt, die prima facie als Projekte guter Praxis angesehen werden könnten und deren weitere Analyse zu nennenswerten Erkenntnissen über wesentliche Struktur- und Prozessfaktoren des Erfolges – der Wirksamkeit – solcher Projekte führen kann (Kümpers 2006). Diese Frage kann als positiv beantwortet angesehen werden.

902. Im Rahmen der Recherche ergab eine Suche in einschlägigen Datenbanken (Gesundheit Berlin e.V., Bund-Länderprogramm ‚Soziale Stadt'), dass nur wenige der dort aufgeführten stadtteilorientierten Projekte ältere Menschen als Zielgruppe mit einbezogen und gesundheitsfördernden Charakter im weitesten Sinne aufwiesen. Insgesamt hat die Recherche gezeigt,

- dass erfolgreiche stadtteilbasierte Prävention für benachteiligte ältere Menschen bisher eher noch eine Ausnahme darstellt;
- dass es aber einzelne Kommunen und Projekte gibt, die innovative Wege gehen, verschiedene Zielgruppen älterer Benachteiligter erreichen, anscheinend eine hohe Wirksamkeit hinsichtlich der Erreichung, Aktivierung und sozialen Integration ihrer Zielgruppen und vermutlich auch hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität haben. Ihre Wirkmechanismen sind aber noch nicht hinreichend evaluiert und ihre spezifischen Erfolgsfaktoren noch nicht erfasst und analysiert. Ebenso sind ihre Qualitätssicherungsstrategien oft nur rudimentär entwickelt.
- dass die Zielgruppe der Hochbetagten selbst in den ansonsten erfolgreichen Stadtteilprojekten mit älteren Benachteiligten häufig nicht erreicht wird – also noch einmal besonderer Zugangswege bedarf.

903. Zur beispielhaften Illustration werden zwei weitere Projekte skizziert, die tendenziell als ‚Modelle guter Praxis' anzusehen sind (Erhebungszeitpunkt: Sommer 2005):

- Die Kölner Seniorennetzwerke sind stadtteilbezogene Netzwerke mit übergreifender Förderung und Struktur; sie haben bei dem Präventionspreis 2005 einen zweiten Preis erhalten. Das Programm wurde kooperativ vom Amt für Soziales und Senioren, der Senioren-

vertretung und der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände konzipiert. Finanzier ist die Stadt, Träger sind die Wohlfahrtsverbände. Zwölf ausgewählte Stadtquartiere (mit bis zu 20 000 Einwohnern) mit hohen Anteilen von Migranten, Alleinlebenden und Sozialhilfeempfängern bekamen einen halben Netzwerkkoordinator mit den Zielen: Befähigung, Beteiligung und Aktivierung älterer Menschen mit deutlichem Bezug zur Prävention. In etlichen Stadtteilen wurden hohe Aktivierungsgrade für vielfältige Initiativen (Bewegung, Kultur, Bildung, Soziales) erreicht. Als zentral wurde die wechselseitige Bedingtheit von Aktivierung und Vernetzung gesehen. Neben dem Aufbau der ‚Personennetzwerke' der Zielgruppen wurde ein Aufbau von ‚Organisationsnetzwerken' in den Stadtteilen betrieben, um möglichst viele und unterschiedliche Akteure für die Bedarfe Älterer zu sensibilisieren und miteinander in Verbindung zu bringen, um damit das ‚Stadtteilwissen' zu Fragen des Alterns im Umfeld zu erhöhen. Nach einigen Jahren hat man begonnen, die entwickelten Netzwerke zu verselbständigen; die Netzwerkmanager rotieren in andere Stadtteile.

– Miteinander Wohnen e.V. ist eine stadtteilbezogene Initiative in Berlin Lichtenberg. Seit 1992 wird offene Altenarbeit in einem Plattenbau-Wohngebiet mit vielen Einraum-Wohnungen, mit 6 000 Einwohnern (48 % 55+, derzeit ca. 400 Vereinsmitglieder) geleistet, seit 1996 gibt es einen Senioren-Selbsthilfe-Treffpunkt mit Seniorencafe, seit 2002 einen Nachbarschaftstreffpunkt. Über 100 ehrenamtliche Mitarbeiter tragen zu den Angeboten bei. Außerdem werden die Möglichkeiten des zweiten Arbeitsmarkts genutzt. Ziel der Initiative ist es, dass die Älteren bis zum Lebensende in Eigenständigkeit, Würde und Kompetenz in der eigenen Wohnung bleiben können. Dieses Ziel wird (für die meisten Beteiligten, auch die Hochaltrigen) mit körperlicher, geistiger und sozialer Aktivierung, mit Hilfe zur Selbsthilfe und sozialer Vernetzung erreicht. Es wurden vielfältige Angebote im Bereich von Bewegung, Kultur, Bildung und Gesundheitsförderung aufgebaut. Primärpräventive Angebote sind mit Sekundär- und Tertiärprävention sowie mit Pflege verknüpft. Vorwiegende Zielgruppe sind deutschstämmige Ältere, insbesondere auch Hochbetagte.

6.2.2.4 Zwischenfazit und Empfehlungen

Zwischenfazit

904. Epidemiologische und demografische Erkenntnisse verweisen auf die große Bedeutung primärpräventiver Anstrengungen für die Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligter Älterer. Viel versprechende Ansätze sind lebenswelt-orientiert und deshalb für diese Zielgruppen im Wesentlichen stadtteil-orientiert. Bisher ist in diesem Bereich kaum systematische und wissensbasierte Entwicklung sichtbar – neben einzelnen Modellen guter Praxis ist eine allgemeine Unterentwicklung hinsichtlich Konzeptionsentwicklung, Implementierung, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Feld zu konstatieren.

Empfehlungen

905. Die Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligter Älterer sind von großer Bedeutung für eine nachhaltige Präventionspolitik, die auf die demografischen Herausforderungen zu antworten sucht. Diese kann einen wichtigen Beitrag für die Lebensqualität, für den Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie und eben Gesundheit dieser Gruppen leisten. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

– Die Politik sollte die Entwicklung zielgruppenspezifischer, multifaktorieller und sektor-übergreifender Strategien unterstützen, die geeignet sind, die Gesundheitsressourcen benachteiligter Älterer zu steigern und ihre Belastungen zu senken. Der Stadtteil (die Kommune, das Dorf) sollte hier das zentrale Setting sein.

– Die Entwicklung geeigneter Evaluations- und Qualitätsentwicklungsstrategien, die den beschriebenen Strategien angepasst sind und zu einer besseren Evidenzbasierung beitragen, sollte gefördert werden. Bereits vorhandene Erkenntnisse, die sich beispielsweise in den Good Practice-Kriterien für die Primärprävention sozial Benachteiligter niederschlagen, sollten für die Zielgruppe der älteren Benachteiligten spezifiziert werden.

– Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention weisen im Alter Überschneidungen auf. Primärpräventive Strategien müssen deshalb auch die Bedarfe bereits chronisch erkrankter und behinderter älterer Menschen mit einbeziehen. Umgekehrt sollten die Akteure der Krankenversorgung verstärkt dazu angeregt werden, auch sozial benachteiligte Ältere für die Teilnahme an Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung zu motivieren.

– Eine wichtige Rolle kann dabei die ‚aufsuchende Aktivierung' (Präventiver Hausbesuch) spielen, insbesondere dann, wenn diese im Kern diagnostische Maßnahme mit zielgruppenspezifisch wirksamen Interventionen – auch im sozialen Umfeld – sowie mit Angeboten verknüpft ist.

– Förderprogramme sollten dezentrale und explorative Projektentwicklungen ermöglichen, deren Lernprozesse einerseits an lokalen Bedingungen ansetzen und andererseits einen Beitrag zu koordinierter Kompetenzentwicklung leisten können.

6.2.3 Ansätze der Primärprävention bei Obdachlosen

6.2.3.1 Obdachlosigkeit und Gesundheit

906. Trotz der scheinbaren Eindeutigkeit, mit der diejenigen, die ‚keine Wohnung haben', im Alltag zu erkennen sind, konnten sich Wissenschaft und Wohlfahrtsorganisationen auf eine allgemein anerkannte Definition für diese Angehörigen einer sozialen Randgruppe bisher nicht einigen (Holtmannspötter 2002; Kellinghaus 2000). Während bis zum Beginn der achtziger Jahre von Nichtsesshaften gesprochen wurde, setzte sich danach mehr oder weniger die Bezeichnung ‚alleinstehender Wohnungsloser' für

Personen durch, die alleinstehend und ohne bzw. ohne ausreichende Unterkunft sind. Allerdings ist auch dieser Begriff unter Kritik geraten, da er die Vorstellung erweckt, die Betroffenen seien in jedem Fall tatsächlich alleinstehend. Speziell Frauen sind entgegen einer entsprechend erfolgten Kategorisierung häufig nicht alleinstehend, da sie Kinder haben oder mit Partnern zusammenleben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) geht davon aus, dass maximal 50 % der Frauen alleinstehend sind (BAG W 2005a).

907. Nicht nur die Bezeichnung der Betroffenen ist in der Fachdebatte von Unklarheiten bestimmt, sondern auch die Definition und Erfassung der ihnen gemeinsamen Lebenssituation ‚Obdachlosigkeit'. So wird zuweilen danach unterschieden, ob die Person von Obdachlosigkeit[264] betroffen oder bedroht ist. An eine solche Differenzierung knüpft 1987 auch der Deutsche Städtetag mit seiner Definition des Wohnungsnotfalls an. Grob unterschieden sind Wohnungsnotfälle demnach Personen und Haushalte, die

– akut vom Verlust der Wohnung betroffen sind,
– unmittelbar vom ersatzlosen Verlust der Wohnung bedroht sind, z. B. aufgrund einer Räumungsklage, einer Zwangsräumung oder einer Kündigung des Vermieters,
– in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben (Holtmannspötter 2002).

Diese Kriterien wurden weiter ausdifferenziert (Busch-Geertsema et al. 2004). So wird davon ausgegangen, dass auch die Personen von einem Verlust der Wohnung betroffen und obdachlos sind, die in Behelfsunterkünften wie Baracken oder Wohnwagen untergekommen sind oder die kurzfristig bei Freunden/Bekannten/Verwandten oder vorübergehend auf eigene Kosten in Hotels bzw. Pensionen wohnen. Aktuell obdachlos sind Personen auch, wenn sie in kommunalen Obdachlosen- oder Notunterkünften bzw. in amtlich angemieteten Wohnungen oder in Sozialeinrichtungen leben. Als obdachlos gelten zudem Zuwanderer und Aussiedler, die in speziellen Unterkünften untergebracht sind.

Unzumutbare Wohnverhältnisse wiederum liegen z. B. vor, wenn die Quartiere sehr überbelegt sind, eine völlig ungenügende materielle Ausstattung haben, in einem baulich unhaltbaren und gesundheitsgefährdenden Zustand sind.

908. Die Vielschichtigkeit des Phänomens ‚Obdachlosigkeit' und die Schwierigkeiten, dieses einheitlich zu definieren, haben zur Folge, dass Angaben zur Zahl der Betroffenen nur auf inoffiziellen Schätzungen basieren. Während eine amtliche Statistik über Obdachlosenzahlen in Deutschland nicht existiert, beruhen solche in der Fachliteratur und den Medien wiedergegebenen Schätzwerte meist auf den Quellen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W), welche die Besucherzahlen in den ihr angeschlossenen Einrichtungen hochrechnet (Kellinghaus 2000). Dabei sind Angaben über die Zahl der Obdachlosen aufgrund der schwierigen Datenlage nie im laufenden Jahr, sondern immer erst am Ende des Folgejahres erhältlich. Die letzten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2004, für das bundesweit von ca. insgesamt 345 000 Wohnungslosen ausgegangen wird. Von diesen leben 148 000 Betroffene in Mehr- und 144 000 als alleinstehende Wohnungslose in Einpersonenhaushalten, 53 000 sind als Aussiedler in Übergangseinrichtungen untergebracht. Nur ein kleiner Teil der per Definition Obdachlosen lebt ‚auf der Straße' – 20 000 Betroffene der 144 000 alleinstehenden Wohnungslosen in Einpersonenhaushalten sind ohne jegliche Unterkunft (BAG W 2005a).

Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten bei Wohnungslosigkeit

909. Zur Altersstruktur der Obdachlosen ergibt eine über die Jahre hinweg von der BAG W am Klientel der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe geführte Statistik, dass von 1992 bis 2002 der Anteil der über 50-Jährigen an der Gesamtzahl der Betroffenen zurückgeht. Waren 1992 noch 22,5 % der Klienten der Wohnungslosenhilfe zwischen 50 und 59 Jahre alt, lag der Anteil dieser Altersgruppe unter den Betroffenen im Jahr 2002 nur bei 12,6 % (Schröder 2004). Stattdessen sind zunehmend jüngere Personen wohnungslos. Daten aus dem Jahr 2003, die anhand einer bundesweiten, nicht-repräsentativen Befragung von 1 705 Besuchern sozialer Dienste und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gewonnen wurden, verdeutlichen folgende Altersstruktur (Abbildung 43, S. 362)

910. Wohnungslosigkeit unterliegt starken geschlechtsspezifischen Ausprägungen. Der Männeranteil unter den Betroffenen lag im Jahr 2003 bei 86,2 %, der Anteil der Frauen bei 13,8 % (BAG W 2005a). Da sich Wohnungslosigkeit bei Frauen oft verdeckt äußert – wie im Weiteren näher dargestellt wird – ist hier jedoch eine Dunkelziffer einzurechnen, unter deren Berücksichtigung der Frauenanteil bei ca. 23 % liegt. Wird, um die absolute Zahl von obdachlosen Frauen zu errechnen, dieser Schätzwert zugrunde gelegt und auf die – ebenfalls von der BAG W geschätzte – Gesamtzahl von 143 000 alleinstehenden Wohnungslosen im Jahr 2003 bezogen, so waren in diesem Jahr ca. 33 000 der Betroffenen weiblich. Während Frauen meist jünger als die betroffenen Männer sind, ist ihre Wohnungslosigkeit eher von kürzerer Dauer und liegt oft unter zwei Monaten. Dagegen finden sich bei denen, die langjährig – 5 Jahre und länger – obdachlos sind, vor allem Männer (vgl. BAG W 2005a; Schröder 2004).

911. Frauen leben zu einem (nochmals) geringeren Teil als Männer auf der Straße. Da die Szene – im Umgang mit Alkohol und Drogen oder im Verhalten untereinander – als männlich-rau gilt, werden Frauen leicht zu Außenseitern und meiden ‚die Straße' möglichst. Wohnungsnot stellt sich in ihrem Fall vor allem als Leben unter prekären Wohnverhältnissen dar. Dies wird auch damit erklärt,

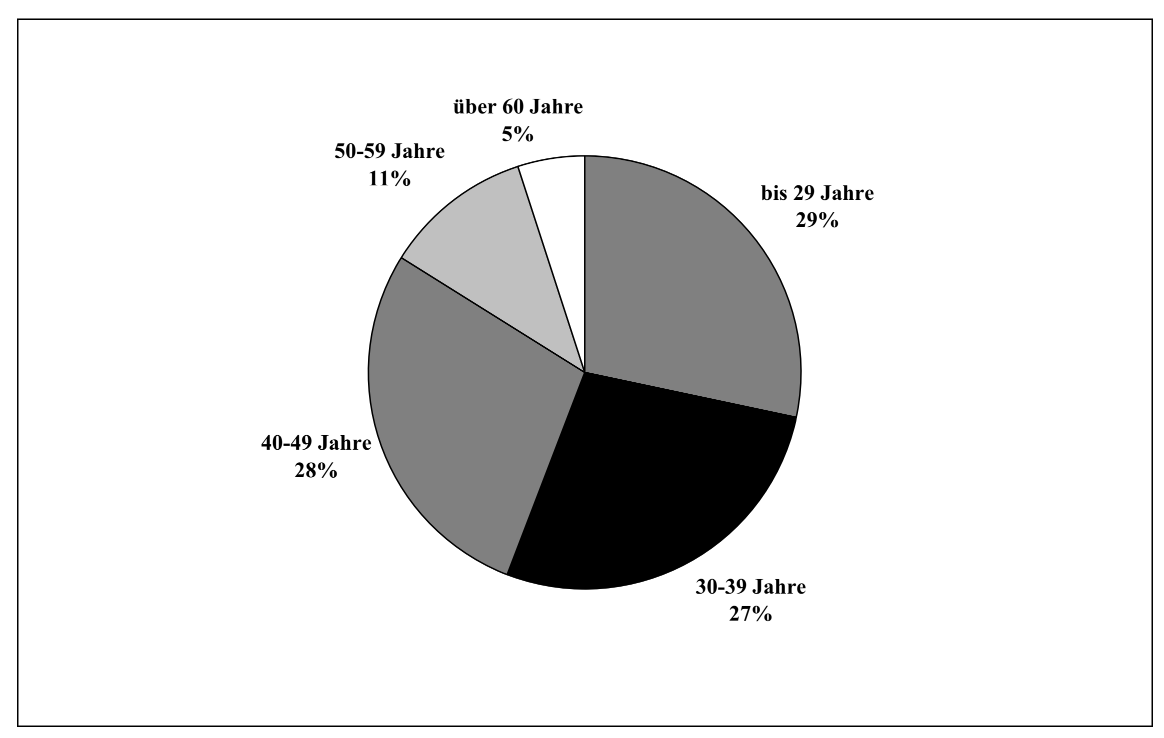
---

[264] Im Folgenden wird die verbreitete Sprachregelung übernommen, Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit gleichzusetzen (vgl. Holtmannspötter 2002: 26; Busch-Geertsema et al. 2004: 47).

Abbildung 43



Anteile der einzelnen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Obdachlosen



Quelle: Schröder 2004; eigene Darstellung

dass Frauen sehr problematische, gewaltgeprägte Familienverhältnisse lange aushalten oder ihren Ehemann aufgrund einer finanziellen Abhängigkeit nicht verlassen. Sofern sie sich doch dazu entschließen, versuchen sie ein Leben auf der Straße dadurch zu vermeiden, dass sie über kurz oder lang Zuflucht zu Bekannten nehmen, woraus sich nicht selten eine (sexuelle) Abhängigkeit von diesen ergibt (Schröder 2004).

912. Für die Obdachlosigkeit von Erwachsenen sind wesentliche Ursachen etwa Mietschulden oder Arbeitslosigkeit. Im Jugendalter sind vor allem familiäre Gewalt, physische und psychische Vernachlässigung oder ein häufiger Wechsel von Bezugspersonen Auslöser für ein Straßenleben (Bodenmüller/Piepel 2003). Im Gegensatz zu den armen Ländern Osteuropas, Lateinamerikas, Afrikas und Asiens leben in relativ reichen Ländern wie Deutschland kaum (unter 14-jährige) Kinder ‚auf der Straße', statt dessen überwiegend Jugendliche und junge Erwachsene.

913. Anders als in den genannten anderen Weltregionen wird ‚die Straße' – in Form von gut frequentierten, zentralen Plätzen und Bahnhöfen – für die Jugendlichen hierzulande vor allem tagsüber zum Treffpunkt und Aufenthaltsort, um dem Gelderwerb nachzugehen. Die Nächte hingegen verbringen die Jugendlichen kaum im Freien. Meist kommen sie kurzfristig in den provisorischen Quartieren von Szenenangehörigen unter. Zudem finden die Betroffenen zwischenzeitlich oft bei den Eltern Unterschlupf, teils haben sie auch zeitweilig eine Bleibe im Betreuten Wohnen (Flick/Röhnsch 2006). Es gelingt ihnen aber kaum, die institutionellen Anforderungen zu erfüllen, um dauerhaft Zugang zu sozial abgesichertem Wohnraum zu bekommen.

Soziale Determinanten der Gesundheit von Wohnungslosen

914. Es gilt als weitgehend unumstritten, dass Obdachlose eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit und gleichzeitig eine verkürzte Lebenserwartung haben. Das wird verständlich, wenn die Lebenslage von Obdachlosen mit dem Zusammenwirken von verschiedenen Komponenten erklärt wird, die auch als Determinanten von Gesundheit gelten. Zu diesen gehören personale und soziale Faktoren sowie die Strukturen des gesundheitlichen Versorgungssystems, welche die individuelle Krankheitsbewältigung beeinflussen (vgl. Hurrelmann 2003). Personale Faktoren stellen z. B. Lebensgewohnheiten, Bewältigungsfähigkeiten und Gesundheitsverhalten dar, wogegen soziale Integration, Wohnverhältnisse, Ausbildung, Einkommen oder Sozialstatus zu den sozialen Faktoren zählen (Hurrelmann 2003; Wilkinson/Marmot 2003).

915. Im Folgenden werden mögliche Determinanten der Gesundheit von Wohnungslosen analysiert. Dazu werden exemplarisch verschiedene Aspekte der Lebenswelt und

Lebensweise in ihren gesundheitlichen Auswirkungen betrachtet. Diesbezüglichen Analysen liegen jedoch keine empirisch harten (z. B. epidemiologischen) Daten zu Grunde. Vielmehr beruhen sie primär auf den Überlegungen und Beobachtungen von Sozialarbeitern und -forschern.

916. Wie demographische Angaben zu Wohnungslosen in Deutschland belegen, ist deren Schulausbildung durchschnittlich schlechter als die der Normalbevölkerung, da die Betroffenen überwiegend die Hauptschule besucht haben (Eikelmann et al. 2002; Salize et al. 2002). Zudem sind Obdachlose überdurchschnittlich häufig nicht in den regulären Arbeitsmarkt integriert. Studien zufolge liegt der Anteil der Arbeitslosen unter ihnen bei mehr als zwei Dritteln (Salize et al. 2002; Greifenhagen/Fichter 1998). Ihren Lebensunterhalt versuchen die Betroffenen teils mittels Schwarz- und Gelegenheitsarbeiten zu bestreiten. Obwohl Obdachlose, sofern sie volljährig sind, in der Regel finanzielle Unterstützung seitens des Staates erhalten, ist ihr Alltag durch chronischen Geldmangel bestimmt, da es nur selten gelingt, mit den vorhandenen Mitteln für den Lebensunterhalt den ganzen Monat auszukommen (Thomas 2005).

917. Geldknappheit zwingt Obdachlose häufig dazu, billige Nahrungsmittel zu kaufen, die sich ohne größeren Aufwand zubereiten lassen: Konserven, fetthaltige Wurstwaren sowie Fertig- und Halbfertigprodukte mit geringem Nährstoffanteil und abermals hohem Fettgehalt (Feichtinger 1996). Auch, wenn (jugendliche) Obdachlose Obst und Gemüse als gesund und daher als erstrebenswert ansehen, essen sie dieses selten, weil es im Verhältnis zu seinem hohen Preis zu wenig sättigt (Flick/Röhnsch 2007). In der Zusammenstellung ihrer Mahlzeiten sind die Betroffenen nicht nur von ihren finanziellen Möglichkeiten, sondern auch von den Gegebenheiten auf der Straße abhängig. Die von Bekannten zur Verfügung gestellten Quartiere verfügen nur selten über Kühlschränke oder Kochgelegenheiten, was warme Mahlzeiten kaum ermöglicht. Insgesamt unzureichende Ernährung in Verbindung mit den insgesamt prekären Lebensbedingungen macht Obdachlose anfällig für unterschiedliche Krankheiten wie Lungenentzündung oder Influenza (Murphy 2006; FEANTSA[265] 2006).

918. Das gesundheitsgefährdende Potential des Lebens ohne (feste) Wohnung per se liegt vor allem darin, dass Krankheiten unter den Bedingungen des Straßenlebens oft (relativ) schwer und langwierig verlaufen, ggf. sogar bei eher harmlosen Beeinträchtigungen (Schwarzenau 2002; Schaak 2004). Zudem macht das Leben auf der Straße selbst krank. Das Fehlen einer festen Bleibe bringt für die Betroffenen die ständige Unsicherheit mit sich, wo sie einen angemessenen Schlafplatz für die Nacht finden. Unterkünfte in kommunalen Noteinrichtungen sind oft zeitlich begrenzt. Auch die Aufnahmekapazitäten bei ehemals Obdachlosen, die mittlerweile eine Wohnung haben und diese in der Szene zur Mitnutzung anbieten, sind nicht unerschöpflich. Häufiger Wechsel von einer Unterkunft zur nächsten ist die Folge.

919. Diese unstete, von großer Unruhe geprägte Lebensweise und die oft mangelhafte sanitäre Ausstattung der Quartiere von Szenenangehörigen, in denen die Betroffenen unterkommen, erschweren es, Wäsche zu wechseln und zu waschen oder allgemein auf Körperpflege zu achten. Dies kann zu infektiösen Hautkrankheiten oder Ungezieferbefall (z. B. Läuse) führen. Die schlechten hygienischen Verhältnisse bedingen zudem häufige Erkrankungen der Füße, die durch Feuchtigkeit, Kälte, durch ungeeignetes Schuhwerk oder durch übermäßiges Stehen ohnehin bereits gesundheitlich belastet sind (Murphy 2006; FEANTSA 2006).

920. Wenn die Betroffenen mangels anderer Möglichkeiten draußen übernachten und mehr oder weniger den Witterungsbedingungen ausgesetzt sind, führt dies zu häufigen, schlecht ausheilenden Infekten. Das Risiko, chronische Atemwegs- und andere Erkrankungen zu bekommen, ist jedoch auch in ‚ungesunden' Notschlafstellen und sonstigen Einrichtungen der Obdachlosenhilfe erhöht – u. a. dann, wenn viele potentiell Betroffene auf engem Raum untergebracht sind und sich gegenseitig anstecken (Murphy 2006).

921. Das Straßenleben belastet weiterhin durch fehlende Rückzugsmöglichkeiten, so dass sich das gesamte Leben ‚unter Beobachtung' vollzieht. Einen Mangel an Privatsphäre beklagen Obdachlose aber auch, wenn sie einen Platz in Noteinrichtungen gefunden haben. Diese verfügen meist weder über einzelne Zimmer, die es erlauben würden, Anderen aus dem Weg zu gehen, noch über verschließbare Schränke. Während letzteres Diebstähle begünstigt, kann das Zusammenleben Vieler auf engem Raum die Zuspitzung zwischenmenschlicher Konflikte bewirken oder bei den Betroffenen zu Resignation und Ohnmachtserfahrungen, sowie, daraus folgend, zu Vandalismus und Gewalttätigkeiten führen (Kellinghaus 2000).

922. Vor allem, wenn sich die Betroffenen an öffentlichen Plätzen aufhalten, um Passanten um Geld anzusprechen oder die Obdachlosenzeitung zu verkaufen, sind sie mit verbalen und nonverbalen Ablehnungen ihres sozialen (bürgerlichen) Umfeldes konfrontiert. Diese erfolgen in Reaktion auf das an Aussehen und Lebensweise festgestellte ‚Anderssein' der Wohnungslosen, denen zum Vorwurf gemacht wird, selbst Schuld an ihrer Situation zu sein. Werden aber solche primär sozialen Phänomene wie Obdachlosigkeit individualisiert, kann das bei den Betroffenen zu (weiteren) Beeinträchtigungen des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit führen. Im Endeffekt glauben sie in fatalistischer Weise selbst nicht daran, eine Änderung ihrer Lebenssituation erreichen zu können. Das bedingt wiederum Zuschreibungen von außen als asozial oder bequemlich – ein Kreislauf ergibt sich (Kellinghaus 2000).

923. Obdachlos zu sein bedeutet insofern auch eine Verschlechterung oder den Verlust der Beziehungen zum sozialen Umfeld. Zwar kann die Szene der anderen Obdach-

[265] FEANTSA – European Federation of National Organisations Working with the Homeless.

losen zunächst den Einzelnen durch das Zur-Verfügung-Stellen einer Bleibe, den Austausch von wichtigen Informationen oder das Teilen von Geld und Lebensmitteln stützen. Je intensiver im Lauf der Obdachlosigkeit jedoch Alkohol und Drogen den Alltag bestimmen, desto unverbindlicher werden gegenseitige Hilfen und desto stärker werden die Beziehungen untereinander von Ausnutzung und Konkurrenz geprägt. Während die Bedeutung der Szene als Überlebensressource schwindet, wurden Kontakte zu Bekannten außerhalb der ‚Szene' meist abgebrochen oder verloren. Obdachlose werden zu Einzelkämpfern, die niemandem mehr vertrauen können und wollen (Thomas 2005). Dadurch leiden sie unter Einsamkeitsgefühlen, die sich oft hin zu Depressionen steigern. Der Wegfall eines tragfähigen sozialen Netzes hat Auswirkungen nicht nur auf die psychische und soziale, sondern oft ebenso auf die physische Gesundheit der Betroffenen, die niemanden mehr haben, der sie im Krankheitsfall ermutigt, zum Arzt zu gehen und dessen Behandlungsempfehlungen umzusetzen (FEANTSA 2006).

924. Um das harte Leben auf der Straße psychisch und physisch auszuhalten, erweisen sich Alkohol und Drogen als funktional – als vielseitig verwendbares ‚Medikament', vermeintlicher Wärmespender und Nahrungsersatz und um erlebte Diskriminierungen seitens der sozialen Umwelt abzumildern oder soziale Beziehungen zu anderen Obdachlosen zu pflegen. Alkohol und Drogen erleichtern es den Wohnungslosen somit, sich in die Lebenswelt Straße zu integrieren. Der Preis für eine solche ‚erfolgreiche' Anpassung sind nicht selten Krankheit und vorzeitiger Tod (Eikelmann/Reker 2002; Hodgetts et al. 2007). Ein intensiver Missbrauch von Alkohol und Drogen, der sehr oft in der Abhängigkeit von diesen Substanzen mündet, bedingt z. B. Krankheiten von Leber, Magen, Niere oder Bauchspeicheldrüse, Venenentzündungen, Hautinfektionen und Zahnerkrankungen ebenso wie psychische Beeinträchtigungen (Ishorst-Witte 2001). Während insbesondere der Konsum von Alkohol außerdem die individuelle Anfälligkeit gegenüber Tuberkulose erhöht, bewirkt ein intravenöser Drogenkonsum die Entstehung von Krankheiten wie Hepatitis B und C.

925. Der Substanzmissbrauch beeinflusst aber nicht nur den Gesundheitszustand, sondern auch (weiteres) Gesundheitsverhalten negativ (vgl. Flick/Röhnsch 2008). Regelmäßiger Konsum von Heroin, Cannabis oder Alkohol führt hier zu einer gleichgültigen Haltung dem eigenen Körper gegenüber und im Weiteren dazu, dass eine geregelte Ernährung, angemessene Bekleidung oder die Versorgung von Wunden ‚vergessen' wird. Der Konsum von Alkohol und Drogen steht außerdem im Zusammenhang mit einem riskanten Sexualverhalten, zu dem insbesondere die ‚Überlebenssexualität' gehört. Dabei sehen sich die (vornehmlich jüngeren) obdachlosen Frauen und Männer darauf angewiesen, für den Erhalt von Geld, Kleidung, Nahrung, Drogen oder eines Obdachs ihre ‚sexuellen Dienste' anzubieten. Häufig sind die Betroffenen zu Geschlechtsverkehr mit HIV-Positiven oder zum Verzicht auf das Kondom dem Partner zuliebe bereit (Greene et al. 1999; Haley et al. 2004).

Häufigkeit von physischen und psychischen Erkrankungen bei Obdachlosigkeit

926. Die geschilderten Risiken von Obdachlosen, physisch und psychisch zu erkranken, bestätigen verschiedene Untersuchungen, die mittels diagnostischer Verfahren die Art und die Häufigkeit bestimmter Beeinträchtigungen erfassen (Trabert 1995; Salize et al. 2002; Schaak 2004; Völlm et al. 2004). Aufgrund unterschiedlicher Verfahren der Datengewinnung und Diagnoseerhebung sowie voneinander abweichender Klassifikationsschemata gilt ihre Vergleichbarkeit zwar als gering, weshalb die epidemiologischen Daten zur gesundheitlichen Situation von Obdachlosen als ‚fragmentarisch' bezeichnet werden können (Kunstmann/Ostermann 2002). Jedoch haben die erwähnten Studien bewirkt, dass sich überhaupt ein öffentliches Bewusstsein hinsichtlich der gesundheitlichen Lage von Obdachlosen entwickelte. Zudem liegen mittlerweile auch im deutschen Sprachraum repräsentative Studien zur psychischen Gesundheit der Betroffenen vor. So wurden Ende der 1990er Jahre in einer repräsentativen Studie psychische Erkrankungen von 265 obdachlosen Männern untersucht (Fichter et al. 2000). Die Zufallsstichprobe wurde mittels des ‚Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis' befragt. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ist die Prävalenzrate psychischer Erkrankungen unter den Untersuchten hoch: 73,4 % von ihnen erfüllten zum Zeitpunkt der Befragung und 93,2 % im Verlauf des Lebens die Kriterien für mindestens eine psychische Erkrankung. Im Einzelnen leiden die Befragten unter folgenden Krankheiten (Tabell 27).

927. Werden die Ergebnisse von Studien, die sich der psychischen Gesundheit von – männlichen – Obdachlosen widmen, in Bezug gesetzt zu den Daten der Normalpopulation, so weisen die Obdachlosen ca. zwei- bis dreimal so viele psychische Beeinträchtigungen auf wie Männer der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenzraten sind speziell für substanzbezogene und affektive Erkrankungen sowie für Psychosen hoch. An psychotischen Krankheiten leiden mehr als 10 % der männlichen Obdachlosen, hingegen weniger als 1 % der Durchschnittsbevölkerung im Lauf des Lebens (Quadflieg 1998).

928. Schwere psychische Krankheiten sind auch unter obdachlosen Frauen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Wie die Auswertung einer Zufallsstichprobe von 32 weiblichen Wohnungslosen ergab, die mit dem Diagnostic Interview Schedule auf das Vorliegen einer Diagnose nach DSM-III hin untersucht wurden, hatten alle Befragten irgendwann im Leben mindestens eine psychische Erkrankung. Im Vergleich zu Frauen der Allgemeinbevölkerung ist das Risiko, eine psychische Krankheit zu bekommen, für obdachlose Frauen somit 3,7-mal so groß (Greifenhagen/Fichter 1998). Wie für wohnungslose Männer ist auch für die Frauen die Lebenszeitprävalenz von substanzbedingten Störungen mit 91 % sehr hoch, wobei abermals Alkoholabhängigkeit und -missbrauch dominierend sind. Andere psychische Erkrankungen, für welche die Lebenszeitprävalenz über 50 % liegt, stellen affektive Störungen, vor allem schwere Depressionen, und Angststörungen dar.

Tabelle 27

Prävalenz psychischer Erkrankungen unter obdachlosen Männern

Erkrankung	Prozentanteil (gewichtet), Mehrfachnennung möglich	
	Derzeit (1 Monat)	Im Lebensverlauf
Psychotische Erkrankung	***6,6***	***9,8***
– Schizophrenie	*3,6*	*4,4*
Affektive Störung	***16,3***	***32,8***
– Major Depression	*6,2*	*22,1*
– Bipolare Störung I	*1,5*	*4,8*
– Bipolare Störung II	*0,2*	*0,2*
– Dysthyme Störung	*0,9*	–
Kognitive Beeinträchtigung		
– MMSE 18-23 mäßig	*8,5*	–
– MMSE 0-17 schwer	*1,4*	–
Angsterkrankung	***11,6***	***15,9***
Abhängigkeitserkrankung	***63,0***	***79,6***
– Alkoholabhängigkeit	*58,4*	*72,7*
– Drogenabhängigkeit	*4,4*	*14,0*

Quelle: Fichter et al. 2000, A-1150

929. Obdachlose beider Geschlechter sind außerdem häufig von psychiatrischer Komorbidität, vor allem vom gleichzeitigen Vorhandensein von Psychose und einer Abhängigkeitserkrankung, betroffen. Im Rahmen einer Untersuchung wurde bei 40,4 % der befragten obdachlosen Männer eine solche Doppeldiagnose festgestellt (Fichter/Quadflieg 1999). In einer aus 102 Befragten bestehenden repräsentativen Stichprobe liegt die Lebenszeit-Prävalenz für eine Substanzabhängigkeit bei gleichzeitig einer oder mehreren anderen psychischen Erkrankungen bei 33,3 % (Salize et al. 2002).

930. Während einerseits weithin anerkannt ist, dass Obdachlosigkeit in erster Linie ein soziales Phänomen darstellt, das nicht den Betroffenen angelastet werden kann, ist der Ursache-Wirkungszusammenhang von Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung ungeklärt. So finden sich Belege dafür, dass psychopathologische Symptome von Obdachlosen zumindest zum großen Teil die Folge der Anpassung an das Straßenleben sind (Eikelmann/Reker 2002). Auch der unter Wohnungslosen häufige Konsum von Alkohol und Drogen an sich oder bestimmte Muster desselben erklären sich demnach vor allem aus der Bedeutung der Substanzen unter den Bedingungen des Straßenlebens (Henkel 2000; Roy et al. 2003). Andererseits findet sich auch der gegenteilige Standpunkt, dass eine jahrelange Substanzabhängigkeit dazu geführt hat, dass der Betroffene seine beruflichen ebenso wenig wie seine privat-familiären Bindungen halten kann und letztlich gar nicht mehr ‚wohnfähig' ist (Gosdschan et al. 2002). Nicht nur Suchterkrankungen, sondern auch psychische Krankheiten können der Obdachlosigkeit vorausgehen und sind insofern nicht in jedem Fall als Folge krankmachender Lebensumstände ‚auf der Straße' anzusehen, gleichwohl verschlimmern sie sich unter diesen Bedingungen oft (Greifenhagen/Fichter 1998; Wright/Tompkins 2005). In ähnlicher Weise werden physische Krankheiten als eigenständige Ursache für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Wohnungslosigkeit diskutiert (vgl. Trabert 2002).

931. Ähnlich heterogen wie die Datenlage zur psychischen ist die zur physischen Gesundheit von Obdachlosen. Aus den Untersuchungen kristallisiert sich dennoch auf einer allgemeinen Ebene heraus, dass Wohnungslose nicht unter prinzipiell anderen Erkrankungen leiden als die Allgemeinbevölkerung, sondern dass einzelne Beeinträchtigungen ‚auf der Straße' gehäuft auftreten (FEANTSA 2006; Schwarzenau 2002). Wie sich bereits in einer auf Labor- und apparativen Untersuchungen von 40 Wohnungslosen beruhenden Studie Ende der 1980er Jahre herausstellte (Trabert 1995) und durch nachfolgende Erhebungen im Wesentlichen bestätigt wurde, konzentrieren diese sich hauptsächlich auf bestimmte Organsysteme. In einer Zusammenstellung der einschlägigen Untersuchungen durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

(MFJFG 2000) zeigen sich als organbezogene Krankheitsprävalenzen[266] für

- Atemwegserkrankungen zwischen 19,3 und 70,6 %
- Erkrankungen des Verdauungssystems zwischen 20,0 und 32,2 %
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen 22,0 und 52,5 %
- Erkrankungen des Bewegungsapparates zwischen 39,8 und 58,5 %
- Verletzungen zwischen 44,2 und 62,6 %
- Hautkrankheiten zwischen 8,2 und 50,0 %.

Die große Spannweite im Hinblick auf die Prävalenzen verschiedener Krankheiten ergibt sich daraus, dass die in die Zusammenstellung einbezogenen Untersuchungen nur wenig vergleichbar sind, was die Methoden der Datenerhebung und -auswertung sowie die zugrunde gelegten Stichproben anbelangt. Während die zitierte Zusammenschau zumindest Aussagen dahingehend zulässt, dass organbezogene Krankheiten unter Obdachlosen teils sieben- bis neunmal häufiger als unter der Allgemeinbevölkerung auftreten (MFJFG 2000), sind Wohnungslose auch von einer erhöhten Multimorbidität betroffen. So geht der sich der Gesundheitsversorgung von Obdachlosen widmende Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. davon aus, dass ca. 60–70 % der Betroffenen unter mindestens zwei Erkrankungen leiden und dass 40 % der Wohnungslosen drei und mehr Beeinträchtigungen haben (Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. 2000). In einer neueren Studie, die sich auf eine repräsentative Stichprobe von 80 Wohnungslosen stützt, die körperlich untersucht und mittels standardisierter Verfahren befragt wurden, liegt in über 90 % der Fälle eine Multimorbidität vor (Völlm et al. 2004).

932. Der aktuelle Mangel an epidemiologischen Daten, der sich bereits im Hinblick auf verlässliche Aussagen zur psychischen und physischen Gesundheit von Obdachlosen gezeigt hat, tritt noch deutlicher zutage, wenn das Unfallrisiko der Betroffenen bewertet wird. So weist das Projekt ‚Mut' der Berliner Ärztekammer, das u. a. Obdachlose medizinisch versorgt, darauf hin, dass Unfälle der zweitwichtigste Grund dafür sind, dass die Betroffenen um medizinische Hilfe nachsuchen (Mut 2005). Nach einer Studie am Institut für Gerichtsmedizin in Hamburg zu Todesumständen und -ursachen von 338 verstorbenen Wohnungslosen wurden Unfälle bei 9,6 % der Obduzierten und damit als vierthäufigste Todesursache festgestellt (Ishorst-Witte 2001). Demgegenüber haben Unfälle nur einen Anteil von 4,1 % an den Todesfällen in der ‚Normalbevölkerung', wie die Todesursachenstatistik für das Jahr 2003 belegt (Statistisches Bundesamt 2005).

933. Wohnungslose leiden nicht nur überdurchschnittlich oft unter bestimmten Krankheiten oder verunglücken offensichtlich häufig, auch die Sterberate ist unter ihnen weit höher als in der Allgemeinbevölkerung. So sind nur 9 % der Obdachlosen, hingegen 20 % der erwachsenen Durchschnittsbevölkerung älter als 60 Jahre (Schwarzenau 2002). Nach der bereits zitierten Studie des gerichtsmedizinischen Instituts Hamburg lag das durchschnittliche Sterbealter von Wohnungslosen bei 44,5 Jahren (Ishorst-Witte 2001). Von einer erhöhten Mortalitätsrate sind auch Jugendliche ‚auf der Straße' betroffen. Einer kanadischen Studie zufolge haben diese ein elf Mal größeres Sterberisiko als ‚durchschnittliche' Jugendliche desselben Alters und Geschlechts. Die hohe Mortalitätsrate geht hauptsächlich auf Suizid und Drogenüberdosierungen zurück (Boivin et al. 2005).

6.2.3.2 Versorgungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten von Obdachlosen

934. Die in epidemiologischen Studien belegte erhöhte Krankheitsanfälligkeit von Obdachlosen spricht für einen besonderen Versorgungsbedarf dieser Personengruppe. Der Anteil derer, die einer dringenden medizinischen Behandlung bedürfen, wird auf 80–90 % geschätzt (vgl. Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. 2000). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nutzen Wohnungslose aber Angebote des gesundheitlichen Versorgungssystems deutlich seltener. In Erhebungen, die sich dem Inanspruchnahmeverhalten widmen, geben ca. 60 % der befragten Obdachlosen an, entweder keinen Arzt zu haben, zu dem sie gehen könnten, oder diesen „nur selten" zu konsultieren (Trabert 1995).

935. Die geringe Inanspruchnahme zeigt sich auch in repräsentativen Studien, denen zufolge Wohnungslose sowohl in Bezug auf bestimmte somatische Krankheiten wie Bluthochdruck oder koronare Herzkrankheiten als auch im Hinblick auf psychische Beeinträchtigungen als unter- oder gar unversorgt gelten (Fichter et al. 2000; Fichter/Quadflieg 1999; Salize et al. 2002). Wiederum verweisen einschlägige Untersuchungen auf eine hohe Erkrankungsprävalenz von Obdachlosen, auch wenn diese Ärzte innerhalb des medizinischen Regelsystems aufsuchen. Insgesamt ist von einer wenig angemessenen Behandlung auszugehen, die der komplexen gesundheitlichen und sozialen Situation der Patienten nicht gerecht wird (Völlm et al. 2004; Kunstmann et al. 1996).

936. Zu den Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten lenken, gehören einerseits die Strukturen des Versorgungssystems. Zwar haben Wohnungslose zu diesem theoretisch Zugang, sind aber mit hohen Hürden konfrontiert, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. So sind die meisten zwar seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) 2004 sowie des neuen SGB II in das System der gesetzlichen Krankenversicherung integriert, müssen aber somit quartalsweise bei Arztbesuchen die Praxisgebühr entrichten und Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln leisten. Wie eine von der Bundesärztekammer und der BAG W initiierte Umfrage unter 45 medizinischen Projekten zur Versorgung Obdachloser ergab, haben die Zuzahlungen zu einer weiteren Einschränkung der Behandlungsbereitschaft seitens der Betroffenen in der Form geführt, dass

[266] Es bleibt unklar, ob es sich dabei um Lebenszeit- oder um andere Prävalenzen handelt

ausgestellte Rezepte nicht mehr eingelöst werden. Ohne Hilfen ‚scheitern' viele Wohnungslose daran, bei ihrer Krankenkasse den Antrag auf eine Zuzahlungsbefreiung zu stellen. Zudem erweist es sich beim Leben ‚auf der Straße' als sehr schwierig, Quittungen zu sammeln, um die Ausgaben für Medikamente und sonstige Heilmittel nachzuweisen. Nicht nur Belege der eigenen Bedürftigkeit, auch die Chipkarte, die zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen berechtigt, wird unter den Bedingungen des Straßenlebens oft verloren oder gestohlen, was die Krankenbehandlung erschwert und für die Betroffenen mit zusätzlichen Kosten verbunden ist (Kunstmann 2006).

937. Ob das gesundheitliche Versorgungssystem in Anspruch genommen wird, ist andererseits von Faktoren wie dem Gesundheitsbewusstsein, der Krankheitseinsicht und der Akzeptanz professioneller Hilfen abhängig, die ihrerseits mit den aktuellen Lebensbedingungen zusammenhängen. Unter diesen sind die Betroffenen vorrangig damit beschäftigt, die tägliche Existenz zu sichern, wogegen Belange der eigenen Gesundheit eher als zweitrangig erscheinen. Das umso mehr, als dass aufgrund einer fehlenden Einbindung in ein tragfähiges Sozialgefüge Gelegenheiten und Notwendigkeiten entfallen, sich über Krankheitssymptome auszutauschen und soziale Rollen zu erfüllen (Völlm et al. 2004). Mögliche Beeinträchtigungen reihen sich in den Augen der Obdachlosen nahtlos ein in die Vielfalt der alltäglichen Belastungen und erscheinen mithin in ihrem Schweregrad nur noch als relativ. Während Schmerzempfindungen durch den Missbrauch von Alkohol und Drogen betäubt werden, gewöhnen sich die Betroffenen im Laufe der Zeit an sie und gelangen anhand ihrer bisherigen Erfahrungen zu der Ansicht, dass Beschwerden von selbst wieder ausheilen (MFJFG 2000).

938. Eine solche ‚Gelassenheit' schlägt sich auch darin nieder, dass sich Obdachlose in verschiedenen Studien hinsichtlich ihres physischen und psychischen Befindens als gesünder einschätzen, als sie es nach Maßgabe ärztlicher Kriterien sind (Kunstmann/Ostermann 2002; Fitzpatrick et al. 2007). Die insofern unangemessen optimistische Bewertung der eigenen Gesundheit kann einerseits funktional sein, um einer ansonsten als bedrohlich erlebten Realität auszuweichen, deren Bewältigung die Ressourcen bindet, die für die Gestaltung des Alltags erforderlich sind (MFJFG 2000; Völlm et al. 2004). Andererseits führt sie dazu, dass die Betroffenen für sich persönlich keinen Behandlungsbedarf sehen und Beeinträchtigungen verschleppen. Speziell im Fall bestimmter chronischer Krankheiten, die aktuell keine Beschwerden verursachen, gelten erforderliche Therapiemaßnahmen aufgrund ihres (zeitlichen) Aufwands als größere Belastung als zukünftig drohende Krankheitsfolgen und werden daher gemieden (Ishorst-Witte 2001). Als krank und mithin als behandlungsbedürftig sehen sich Obdachlose oft erst an, wenn sie regelrecht zusammenbrechen und die Erkrankung selbst das weitere Überleben auf der Straße in Frage stellt (Schwarzenau 2002).

939. Die aktuellen Lebensbedingungen haben nicht nur Auswirkungen auf Gesundheitsbewusstsein und Krankheitseinsicht und beeinflussen insofern indirekt die Inanspruchnahme, sondern lenken diese auch direkt. So verhindert der Alltag auf der Straße, der davon bestimmt wird, einen Schlafplatz, Nahrung, Geld und Kleidung zu besorgen, dass Arzttermine verbindlich eingehalten werden können. Aufgrund mangelnder Möglichkeiten der Körperhygiene sowie angesichts des eigenen oft intensiven Alkoholkonsums fürchten Obdachlose, sich vor anderen Patienten oder dem medizinischen Personal zu blamieren und verzichten letztlich aus Scham auf den Arztbesuch (Schwarzenau 2002). Ohnehin sind sie Ärzten gegenüber oft misstrauisch und weichen deshalb auf eine Selbstbehandlung von Gesundheitsproblemen aus (Greifenhagen/Fichter 1998).

940. Unkenntnis über die Lebenslage von Wohnungslosen und bestehende Vorurteile und Abneigungen bei medizinischem Personal gegenüber solchen ‚schwierigen' Patienten führen umgekehrt dazu, dass der spezielle Hilfebedarf der Zielgruppe oft nicht erkannt wird, zumal dieser von den Betroffenen meist nur ungenügend artikuliert wird. Das kann zur Folge haben, dass die Obdachlosen – auch auf eigenen Wunsch hin – mit Medikamenten vordergründig ruhig gestellt werden. Dadurch bleibt es Patient und Arzt erspart, sich mit der komplexen sozialen und persönlichen Situation, welche die Krankheit determiniert, auseinanderzusetzen. Ohnehin ist das Interesse von (niedergelassenen) Ärzten an wohnungslosen Patienten schon aus ökonomischen Gründen (Kostenreduktion, Zeitmanagement) begrenzt.

941. Insgesamt reduzieren sich Kontakte zu Ärzten für Obdachlose meist auf Notsituationen der Behandlung der schlimmsten Symptome, während eine kontinuierliche (Weiter-) Behandlung von Beeinträchtigungen in der Regel nicht stattfindet. Während Obdachlose davor zurückscheuen, wiederholt den Arzt aufzusuchen, erweist es sich für sie als schwierig, Behandlungsmaßnahmen wie das Wechseln von Verbänden, das Auftragen von Salben oder die Einnahme von Medikamenten auf der Straße in der notwendigen Kontinuität umzusetzen, so dass Komplikationen wie die Vereiterung von Wunden bis hin zur Sepsis oder das Entstehen von arzneimittelresistenten Erkrankungen wie im Fall bestimmter Formen der Tuberkulose die Folge sein können (FEANTSA 2006).

6.2.3.3 Probleme und Herausforderungen der Primärprävention bei Obdachlosigkeit

942. Sowohl die Exposition Wohnungsloser gegenüber Gesundheitsgefahren als auch die Tatsache, dass sie diese – wissentlich oder notgedrungen – eingehen, lassen auf einen besonderen Bedarf dieses Personenkreises an Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung schließen. Dabei treten folgende, der Spezifik der Zielgruppe geschuldete Probleme und Besonderheiten auf: Insbesondere ältere Obdachlose leiden, wenn sie mit gesundheitlichen und sozialen Diensten in Kontakt kommen, meist bereits unter psychischen und physischen Beeinträchtigungen. Anders als sonst gehören zu den Adressaten von

Primärprävention im Kontext von Wohnungslosigkeit also kaum Gesunde oder „Personen ohne manifeste Symptomatik“ (Leppin 2004: 32), in deren Fall das Ziel der Intervention darin besteht, die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten zu senken (GA 2005, Ziffer 152). Für die Zielgruppe der Obdachlosen kommt es daher darauf an, Maßnahmen der primären mit solchen der sekundären und tertiären Prävention zu verknüpfen und z. B. zu verhindern, dass Krankheiten einen komplikationsreichen Verlauf nehmen oder chronifizieren. Sämtliche präventive Maßnahmen müssen zudem stets Bezug nehmen auf die Lebenslage ihrer Klienten oder Patienten und insofern „kontextorientiert“ sein (GA 2005, Ziffer 166), da anderenfalls ihre Effektivität in Frage zu stehen droht. Es gilt beispielsweise zu berücksichtigen, dass Obdachlose aufgrund ihrer Lebensweise oft nicht dazu in der Lage sind, die ein strenges Zeitmanagement erfordernde Einnahme von Arzneien einzuhalten, was therapeutische Alternativen unumgänglich macht (MFJFG 2000; FEANTSA 2006).

943. Aus der hohen Krankheitsrate der Wohnungslosen ergibt sich eine weitere Herausforderung: Das für Prävention und Gesundheitsförderung zentrale Handlungsfeld des *Empowerment* – also der Befähigung der Zielgruppe, die eigenen Bedürfnisse und Stärken wahrzunehmen, um somit das persönliche Lebensumfeld zu beeinflussen (Altgeld/Kolip 2004) – ist zwar auch in Bezug auf Obdachlose von Bedeutung, wird sich aber laut einschlägiger Studien nur selten verwirklichen lassen. Vor allem die Betroffenen, die psychisch beeinträchtigt oder abhängig sind oder die schon lange auf der Straße leben, haben kaum Ressourcen für solch eine selbstbestimmte Lebensgestaltung, so dass es Aufgabe der Fachleute ist, die nicht immer klar artikulierten Bedürfnisse der Zielgruppe zu erkennen und sie bei der Umsetzung zu unterstützen (Fichter/Quadflieg 1999).

944. Auch der Settingansatz als eine Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung, die sich auf definierte Sozialräume konzentriert und somit im Lebensalltag der Betroffenen ansetzt (vgl. Altgeld/Kolip 2004), stößt bei Wohnungslosen an gewisse Grenzen. So hält sich die Zielgruppe gar nicht in einem der ‚klassischen’ Settings wie Schulen, Betrieben oder anderen Institutionen auf. Zu diskutieren wäre allenfalls, inwieweit ‚die Straße’, also bestimmte öffentliche Räume, die sich allerdings meist durch eine hohe Fluktuation der Betroffenen auszeichnen, oder die Szene der Obdachlosen an sich als Setting verstanden werden kann. Zumindest müssen präventive Maßnahmen berücksichtigen, dass die Szene als wesentliche oder einzige Bezugsgruppe von Wohnungslosen gesundheitsrelevantes Verhalten wesentlich beeinflusst und dass insbesondere ein intensiver Substanzgebrauch als Voraussetzung dafür gelten kann, bei den Anderen anerkannt zu werden. Insofern sollten präventive Angebote sich nicht nur an den Einzelnen, sondern vordringlich an das Szenenetzwerk richten.

945. Eine weitere Herausforderung für präventive Maßnahmen besteht in der Dokumentation zentraler Daten. Systematisch zu erfassen wären einerseits die unter den Wohnungslosen anzutreffenden Morbiditäts- und Mortalitätsmuster, um wirksame Interventionen zu entwickeln. In dem Kontext ist es zugleich erforderlich, die Nutzung gesundheitlicher Angebote durch die Zielgruppe zu beschreiben und mögliche Versorgungslücken aufzudecken. Andererseits sollten im Sinne der Qualitätssicherung auch projektbezogene Daten systematisch und standardisiert erhoben werden, z. B. zur Ausstattung des Angebots, zur Kooperation mit anderen Einrichtungen, zur Krankengeschichte sowie zu aktuell durchgeführten Behandlungen (Kunstmann/Ostermann 2002; vgl. MFJFG 2000).

946. Probleme und Herausforderungen ergeben sich für präventive Angebote jedoch nicht nur in Bezug auf die Umsetzung wesentlicher Handlungsstrategien und somit auf einer eher formalen Ebene, sondern beziehen sich ebenso auf inhaltliche Aspekte. Da Obdachlose unter „sozial bedingten Unterschieden von Gesundheitschancen“ (GA 2005, Ziffer 206) leiden, stellt sich die Frage, welchen Beitrag die Prävention zu deren Rückgang leisten kann. Will man an den Ursachen ansetzen, kommt dabei die Verringerung der sozialen Ungleichheit selbst in Betracht, da diese die ungünstige Gesundheitssituation der Betroffenen bestimmt. Da zu dem Zweck jedoch gesellschaftliche Veränderungen größeren Ausmaßes erforderlich sind, die sich allenfalls langfristig vollziehen, erscheint es als praktikabler, sich zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und mithin zur – kurzfristigen – Veränderung des Gesundheitszustands vorerst auf die Verbesserung der Gesundheitschancen zu konzentrieren. Dafür werden verschiedene, im Weiteren zu umreißende Maßnahmen als geeignet angesehen (Mielck 2005):

– Verringerung des Einflusses gesundheitsgefährdender Umweltbedingungen auf die Betroffenen und Verstärkung gesundheitsförderlicher Umwelt- (und Lebens-) bedingungen,

– Verbesserung der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung,

– Verbesserung des Gesundheitsverhaltens,

– Verbesserung der beruflichen und finanziellen Absicherung im Krankheitsfall.

Zum ersten Punkt dürften im hier interessierenden Kontext Maßnahmen der Überlebenssicherung gehören, wie die Unterbringung in angemessenem Wohnraum sowie die allgemeine Verbesserung der materiellen, sozialen und physischen Existenzgrundlagen. Solche Maßnahmen sind als Basis für eine darüber hinausgehende Versorgung anzusehen, da sie den Betroffenen einen ‚freien Kopf’ ermöglichen, um tragfähige Zukunftsperspektiven zu entwickeln, die zu einer Aufgeschlossenheit gegenüber präventiven Angeboten führen (Henkel 2000). Dass soziale Einrichtungen eine gesunde und preiswerte Nahrung sowie Wasch- und Duschgelegenheiten bereithalten, erlaubt es, mit der Klientel in Kontakt zu kommen, diesen zu halten und dabei auch diejenigen anzusprechen und ins Hilfesystem zurückzuholen, die sich im Allgemeinen sozialarbeiterischen ‚Bemühungen’ entziehen.

947. Eine besondere Herausforderung stellt die Vermeidung des Wohnungsverlustes dar. Der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erstellte Nationale Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, dessen aktualisierte Fassung sich auf den Zeitraum zwischen 2003-2005 bezieht, führt verschiedene Regelungen an, die zu diesem Zweck geschaffen wurden. Dazu gehört, dass, wenn anderenfalls Obdachlosigkeit droht, rückständige Mieten von der Sozialhilfe übernommen werden. Außerdem hat das Amtsgericht drohende Räumungsklagen wegen Zahlungsverzugs dem örtlichen Träger der Sozialhilfe zu melden, damit dieser den Wohnungsverlust abwenden kann. Obdachlose haben überdies Anspruch auf Wohnungen, die im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung errichtet wurden (BMAS 2006). Der Aktionsplan schließt mit der Darstellung regionaler und lokaler Modellvorhaben, die u. a. mit Bezug auf Berlin und Nordrhein-Westfalen weitere Maßnahmen zur Verhütung von Obdachlosigkeit vorschlagen. Zu diesen gehört die Errichtung von zusätzlichem bzw. die Bereitstellung von geeignetem Wohnraum, die Vermittlung von Arbeit oder spezielle Betreuungsvereinbarungen, in deren Rahmen die Betroffenen durch Sozialarbeiter Beratung und Unterstützung beim Erhalt und der Sicherung ihrer Wohnung erfahren. Trotz dieser Maßnahmen ist zu konstatieren, dass die Zahl der Wohnungslosen in den letzten Jahren zwar kontinuierlich gesunken ist, das Problem ‚Obdachlosigkeit' aber dennoch weiter existiert.

948. Insbesondere im Psychiatriebereich tätige Ärzte und Psychologen weisen darauf hin, dass angesichts der besonderen ‚Anfälligkeit' psychisch Kranker und Suchtkranker für den Verlust der Wohnung die ärztliche Nachsorge sowie gemeindenahe sozialpsychiatrische Angebote verbessert werden müssen, um zu verhindern, dass die Betroffenen aus dem Krankenhaus ‚auf die Straße entlassen' werden (Eikelmann et al. 2002; Henkel 2000; Greifenhagen/Fichter 1998). Erforderlich ist insofern eine stärkere Verknüpfung von präventiven Maßnahmen. Speziell das System der Wohnungslosenhilfe und das der psychiatrischen Versorgung gelten als nur unzureichend miteinander verzahnt. Bei den Mitarbeitern der beiden Hilfesysteme herrscht eine weitverbreitete Unkenntnis über den Arbeitsansatz des jeweils anderen Versorgungsnetzes vor (Eikelmann et al. 2002). Dadurch werden Patienten/Klienten nicht immer auf die effektive Nutzung von Angeboten des anderen Hilfesystems hingewiesen und psychiatrische Versorgungsaufgaben von der Wohnungslosenhilfe erbracht, die dafür fachlich oft nicht ausgebildet ist.

949. Um Psychiatrie, Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe sowie weitere Einrichtungen zur sozialen und psychosozialen Versorgung in ihren Angeboten stärker aufeinander abzustimmen, müssen Schnittstellen sowohl auf versorgungspraktischer Ebene, z. B. in Form von Schwerpunktpraxen für kranke Obdachlose, als auch im administrativen Bereich, etwa durch gemeinsame Fortbildungen oder Arbeitskreise, geschaffen werden (Salize et al. 2002.; Wessel et al. 2002). Die Bemühungen um eine stärkere Integration der zersplitterten medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfsangebote hat zu – ersten – Überlegungen geführt, ähnlich wie in den USA auch in Deutschland den Arbeitsansatz des Case Managements in der Wohnungslosenhilfe zu installieren. Eine solche geregelte Fallverantwortung liefe hier darauf hinaus, dass den Betroffenen während des gesamten, an die verschiedenen Instanzen gebundenen Stabilisierungsprozesses eine feste Bezugsperson zur Seite steht, welche die Hilfen bündelt, dokumentiert und über die weitere Behandlung mitentscheidet (Wessel et al. 2002; Eikelmann et al. 2002). Zum Zweck einer effektiven Behandlung psychisch kranker Obdachloser sollte zudem ein Manual der Betreuungs- und Behandlungsziele im Sinn des Disease Managements erarbeitet werden (vgl. Trabert 2002).

950. An der Stelle sollten alle Beteiligten die Angst überwinden, im Rahmen einer engeren Zusammenarbeit ‚Pfründe' zu verlieren, und berufliche Prinzipien flexibler handhaben, um die Betroffenen zu erreichen. Dies wird am Konflikt zwischen Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe diskutiert: Erstere blendet das Suchtproblem ihrer Klienten aus, um diese nicht zu verlieren, und gerät somit nach und nach in die Co-Abhängigkeit (Gosdschan et al. 2002). Die Suchtkrankenhilfe verfehlt hingegen den Bedarf von Wohnungslosen, weil sie Eigeninitiative, Ausdauer, Zeitdisziplin und Abstinenzmotivation voraussetzt. Wenn an solchen hohen Ansprüchen festgehalten und somit nur Bevölkerungsgruppen erreicht werden, deren substanzbezogenes oder psychisches Gesundheitsrisiko relativ gering ist, nicht aber die, die den größten Hilfebedarf haben, können Prävention und Versorgung zu einer Vertiefung der vorherrschenden gesundheitlichen Ungleichheit und letztlich zu einer erhöhten Sterblichkeit der Betroffenen führen (Henkel 2000).

951. Eine gesundheitliche Versorgung, die stattdessen zu einer besseren gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen will, muss insofern ausreichend niederschwellig sein, um Obdachlose anzusprechen. Wenn auch die in diesem Kontext seit Mitte der 1990er Jahre in Deutschland entstandenen Projekte, die sich hauptsächlich an den Bedürfnissen von somatisch Erkrankten orientieren, in ihren strukturellen Rahmenbedingungen deutliche Unterschiede aufweisen, sind sie sich in Bezug auf Versorgungsziele und bevorzugte Arbeitsformen doch sehr ähnlich (MFJFG 2000). Eine wesentliche Prämisse ist demnach, Wohnungslosen eine unbürokratische, für sie kostenlose und an keine Vorbedingungen geknüpfte Grundversorgung zu gewähren. Zudem sollen die Betroffenen zu einer Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens sowie dazu motiviert werden, Angebote des medizinischen Regelsystems wahrzunehmen. Das setzt voraus, durch eine regelmäßige und beständige Arbeit ein Vertrauensverhältnis zu den Wohnungslosen aufzubauen. Niedrigschwellige medizinische Hilfen basieren auf einem abgestuften Behandlungsmodell, das unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen der Obdachlosen Rechnung trägt. Folgende aufeinander aufbauende Ebenen finden sich (Schwarzenau 2002):

– *medical streetwork*, in dessen Rahmen die Zielgruppe auch angesichts ihrer geringen Mobilität zumindest zur Kontaktanbahnung und zur Klärung ihres Bedarfs an ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Hilfen direkt auf der Straße aufgesucht wird,
– Einsätze einer fahrbaren Ambulanz,
– Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, deren Annahme von den Obdachlosen bereits ein Mindestmaß an Eigeninitiative und Krankheitseinsicht erfordert,
– Behandlungen in Krankenwohnungen, die für Betroffene angemessen sind, die für das Straßenleben zu krank, für das Krankenhaus aber nicht ‚krank genug' sind (Schwarzenau 2002; MFJFG 2000; Schaak 2004),
– Integration von Obdachlosen in das medizinische Regelsystem, was erforderlich erscheint, um keine spezielle und zugleich teure ‚Armenmedizin' zu schaffen, auf die bei alledem kein Rechtsanspruch besteht (Kunstmann et al. 1996).[267]

952. Eine besondere Rolle in der gesundheitlichen Versorgung von Wohnungslosen fällt dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu, der an der Schnittstelle zwischen Kommunalverwaltung und Gesundheitswesen angesiedelt ist. Somit ist es ihm möglich, sozialkompensatorische Aufgaben für ‚Randgruppen' zu übernehmen, die nicht ohne Hilfen Dritter ihre Versorgungsansprüche wahrnehmen können. Wenn aufsuchende Gesundheitshilfen für Obdachlose von Gesundheitsämtern angeboten werden, ist das auch mit dem Vorteil verbunden, dass bei Bedarf verschiedene Fachärzte als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, zu denen die Betroffenen vermittelt werden können. Indem zumindest im Rahmen des als besonders effektiv angesehenen Modells des Kölner Gesundheitsamtes (vgl. Leidel et al. 1998) auch mit Hilfseinrichtungen außerhalb des Gesundheitswesens kooperiert wird, etwa mit Sozial- und Wohnungsämtern, werden wesentliche an der Versorgung Wohnungsloser Beteiligte an einen Tisch gebracht. Somit wird der komplexen Problemlage der Betroffenen Rechnung getragen und im Weiteren (auch) eine soziale Integration der Betroffenen angestoßen (vgl. Korzilius 2000).

Jenseits einer solchen vor allem auf die Verbesserung der physischen Gesundheit abzielenden medizinischen Versorgung müssen sich präventive Strategien auch für eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Obdachlosigkeit einsetzen, um das psychische Befinden der Betroffenen zu verbessern.

953. Wenn angesichts von Obdachlosigkeit die Sicherung des Überlebens, sei es durch die Bereitstellung von geeignetem Wohnraum und durch materielle Absicherung, sei es durch eine barrierefreie medizinische Grundversorgung, als vorrangig anzusehen ist, müssen präventive Strategien dennoch auch auf die Beeinflussung des riskanten Gesundheitsverhaltens der Betroffenen abzielen. Entsprechende Maßnahmen beziehen sich meist auf einen schadensminimierenden Umgang mit illegalen Drogen oder auf den Bereich des Safer Sex und umfassen z. B. die Einrichtung von Fixerstuben oder die Verteilung von Kondomen und sauberen Spritzen. Außerdem läuft Gesundheitsförderung häufig auch darauf hinaus, Kenntnisse über eine gesunde Ernährung zu vermitteln und, durch Umsetzung dieses Wissens in die Praxis, zu einer langfristigen Änderung von Ernährungsgewohnheiten beizutragen (FEANTSA 2006; Bornhöft/Frevel 2004). Als sekundäre Effekte können sich dabei das Erleben von Genussfähigkeit in einem sozial akzeptierten Rahmen sowie die Stärkung von zwischenmenschlichen Kompetenzen der Zielgruppe erweisen (ebd.).

954. Gemäß GKV-WSG (2007) besteht für alle legal in Deutschland lebenden Personen ab dem 1. Januar 2009 eine Pflicht zur (und damit das Recht auf) Krankenversicherung. Wie diese Vorschrift im Hinblick auf Obdachlose implementiert werden kann, scheint noch nicht gänzlich geklärt. Wie die bereits zitierte, von der Bundesärztekammer und der BAG W 2005 in Auftrag gegebene Umfrage unter Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Wohnungslosen ergab, verfügen ca. 80 % der Projektpatienten über eine Versichertenkarte (Kunstmann 2006). Probleme der Leistungsgewährung und -vergütung ergeben sich jedoch während der mit der Aufnahme in die Krankenversicherung verbundenen mehrwöchigen Antragsbearbeitungszeit (ebd.).

6.2.3.4 Good Practice der Gesundheitsförderung von Wohnungslosen

955. Dass seit Mitte der neunziger Jahre die gesundheitliche Situation von Obdachlosen zunehmend in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit geraten ist, hat zur Einrichtung von verschiedenen Modellprojekten geführt, auf deren Erfahrungen weitere thematisch ähnlich ausgerichtete Initiativen und Nachfolgeangebote aufbauten. Beispiele für solche Modellvorhaben sind das 1996 von der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Dauer von zwei Jahren eingerichtete Projekt ‚Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose', in dessen Rahmen in Münster, Bochum, Dortmund und Bielefeld die Zielgruppe eine medizinische Erstversorgung ‚vor Ort' erhielt (Kunstmann/Ostermann 2002).

956. Da ein Teil der Betroffenen Vorbehalte sogar gegenüber solchen Hilfsangeboten hat und besonders den Arzt als ‚Bedrohung' erlebt und weil oft auch der pflegerische Bedarf der Obdachlosen ungedeckt ist, wurde im Jahr 2000 vom Sozialministerium in Nordrhein-Westfalen das Modellprojekt ‚Aufsuchende Hilfen zur Krankenpflege' eingerichtet, das in sechs Städten des Bundeslandes tätig war. Die Aufgabe der Pflegekräfte bestand darin, nicht nur medizinische Aufgaben zu übernehmen, sondern den Wohnungslosen auch Beziehungsangebote zu unterbreiten und sie dadurch erreichbarer für die Annahme weiterer Hilfen zu machen (Plattform 2001).

[267] An der Stelle ist anzumerken, dass sich die Integration ins Regelsystem aufgrund sowohl von strukturellen, im Versorgungssystem liegenden Ursachen als auch von individuellen Komponenten stets als sehr schwierig erweist.

957. Als weiteres Modellvorhaben ist das auf die Jahre 2003–2005 konzentrierte Saarbrückener Projekt ‚Aufsuchende soziale Arbeit' zu nennen, das vom Landesministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport gefördert wurde. Dieses Projekt verfolgte mittels Streetwork, Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit unterschiedliche Hilfsansätze und Ziele, deren eines die medizinische Grundversorgung bildete (vgl. iSPO 2005).

958. Zwar nicht als Modellvorhaben finanziert, aber aufgrund seiner Einzigartigkeit in der Bundesrepublik und in Europa im übertragenen Sinn dennoch als ein solches anzusehen ist das in Berlin angesiedelte Projekt zur zahnärztlichen Versorgung von Obdachlosen (Falk 2000). Dessen enge Kooperation mit der im selben Haus befindlichen allgemeinärztlichen Praxis führt zur Verkürzung von Vermittlungswegen, zu einem erleichterten Informationsaustausch sowie dazu, dass Hemmschwellen vor dem Zahnarztbesuch durch den in der Regel vom Betroffenen zuerst aufgesuchten Allgemeinarzt vermindert werden.

959. Inwieweit es den genannten Modellprojekten mittlerweile gelungen ist, in die Regelfinanzierung aufgenommen zu werden, lässt sich nur schwer feststellen. Allgemein ist davon auszugehen, dass es Projekten zur medizinischen Versorgung von Wohnungslosen an einer gesicherten, kostendeckenden Finanzierung weithin fehlt, so dass diese nach wie vor von unterschiedlichen Finanzquellen abhängig sind (Schwarzenau 2002).

960. Da die Dokumentation und Evaluation von gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die sich an Obdachlose richten, oft lückenhaft ist und sich ohnehin verhältnismäßig wenige Angebote auf diese Zielgruppe konzentrieren, erweisen sich Angaben darüber, welche der Projekte den Kriterien ‚bester Praxis' der Gesundheitsförderung entsprechen, als nicht möglich. Auch sind im Kontext von Wohnungslosigkeit nur wenige Maßnahmen dokumentiert, deren Arbeit zumindest Elemente guter Praxis[268] (Good Practice) aufweist, die den Zielen und Theorien der Gesundheitsförderung entspricht (BZgA 2006). Von den in der Projektdatenbank ‚Gesundheitliche Chancengleichheit' erfassten 2 825 Angeboten, deren Zielgruppe allgemein sozial Benachteiligte sind, richten sich nur 289 und damit 10,2 % explizit an Wohnungslose (BZgA 2007a).

961. Nur zwei dieser Projekte erfüllen die Kriterien guter Praxis – der Kontaktladen ‚Mecki' sowie die Krankenwohnung ‚Die KuRVe'. Beide Angebote sind in Hannover angesiedelt, werden vom Diakonischen Werk der Stadt getragen und sehen ihre Zielgruppe in Obdachlosen, die bereits erkrankt sind. Abgesehen von medizinischer Hilfe erhalten die Wohnungslosen Unterstützung bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse (BZgA 2006).

962. Während etwa im Allgemeinen die für die Obdachlosen konzipierten Projekte oft unzureichend untereinander vernetzt sind, gehören sowohl die Krankenwohnung ‚Die KuRVe' als auch der Kontaktladen ‚Mecki' zu einem Verbund aus sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen. Das ermöglicht es, bei Bedarf Betroffene ohne Formalitäten weiterzuvermitteln. Während sich ‚Mecki' zudem als Mitglied des niedersächsischen Arbeitskreises ‚Armut und Gesundheit' für den Austausch zwischen Mitarbeitern des Sozial- und Gesundheitssystems einsetzt und an einer sektorenübergreifenden Vernetzung beteiligt ist, arbeitet ‚Die KuRVe' auf Bundesebene eng mit der BAG W zusammen (BZgA 2006).

963. Jenseits des Kriteriums ‚Vernetzung', das beiden Projekten gemeinsam ist, kennzeichnet die Projekte eine jeweils ganz spezifische Form guter Versorgungspraxis. Der Kontaktladen ‚Mecki' begegnet dem bereits erwähnten Problem, dass Obdachlose von ‚herkömmlichen' gesundheitlichen und sozialen Angeboten oft nur sehr schlecht erreicht werden, durch eine niedrigschwellige Arbeitsweise. In deren Rahmen wird der ‚Laden' zum Ausgangspunkt für aufsuchende Sozialarbeit. Niedrigschwellig ist das Hilfsangebot an die Obdachlosen auch insofern, als diese auf die von der Einrichtung bereitgestellten Ressourcen zur Überlebenssicherung zurückgreifen können, ohne ihre Anonymität preisgeben oder sich auf verbindlichere Formen der Unterstützung einlassen zu müssen (BZgA 2006).

964. Der Herausforderung, dass Empowerment in der Arbeit mit Wohnungslosen meist schwierig ist, stellt sich ‚Mecki', indem Art und Umfang der Hilfen in Abhängigkeit von den subjektiven Voraussetzungen und Fähigkeiten des Einzelnen gewährt werden. Um die Betroffenen nicht nur ‚zu versorgen', sondern sie zugleich in die Lage zu versetzen, auch selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, werden sie über Gesundheitsgefahren und krankmachende Lebensweisen informiert und auf Möglichkeiten hingewiesen, diese zu meiden oder zu minimieren (BZgA 2006).

965. Dagegen kommt die Krankenwohnung ‚Die KuRVe' einer guten Praxis nach, indem Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung angemessen dokumentiert werden. So weisen die Mitarbeiter regelmäßig die Belegsituation der Einrichtung nach und erfassen in dem Kontext u. a. soziodemographische Daten der Bewohner ebenso wie deren gesundheitlichen Zustand. Da diese Datenerhebung während des Zeitraumes, in dem die Obdachlosen in der Krankenwohnung untergebracht sind, mehrmals erfolgt, ist es möglich, das Spektrum von Hilfebedarf, -verlauf und -ergebnis festzuhalten und auf dieser Basis Zielvereinbarungen zu treffen (BZgA 2006). So hat die Auswertung entsprechender Projektdaten[269] erbracht, dass nach Ende des Aufenthalts in der Krankenwohnung

[268] Die Entscheidung darüber, ob ein Projekt ‚gute Praxis' bietet, wird anhand von zwölf Kriterien gefällt, zu denen z. B. Gesundheits- und Zielgruppenbezug, Innovation und Nachhaltigkeit, Arbeitsweise, Partizipation, Empowerment und Settinganstatz zählen, wobei es nicht erforderlich ist, dass das Projekt tatsächlich alle Merkmale erfüllt, sondern nur die des Gesundheits- und Zielgruppenbezugs sowie ein beliebiges weiteres Kriterium (vgl. BZgA 2006).

[269] Mündliche Mitteilung einer Projektmitarbeiterin der ‚Kurve' vom 6. März 2007.

mehr als 60 % der Betroffenen in eine eigene Wohnung bzw. in Wohnformen, die im Vergleich zum Straßenleben eine Verbesserung darstellen, vermittelt werden. Zur Beantwortung der Frage, inwieweit ein solcher ‚Erfolg' nachhaltig ist und mit einer stabilen sozialen Integration verbunden ist, die auch eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt umfasst, sind jedoch Daten aus Langzeiterhebungen nötig, über welche ‚Die KuRVe' nicht verfügt.

966. Dass eine den Obdachlosen vor Ort angebotene medizinische Hilfe auf die Integration ins Regelsystem sowie auf eine allgemeine Stabilisierung hinauslaufen und mithin nachhaltig sein sollte, realisiert ‚Die KuRVe' durch eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren gesundheitlichen Diensten. Wie im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts durch die Medizinische Hochschule Hannover festgestellt, trägt der Aufenthalt in der Krankenwohnung zu objektiven Heilungserfolgen ebenso bei wie zur Verbesserung des psychischen Befindens der Betroffenen (BZgA 2006).

967. Die Diskussion zu viel versprechenden Präventionsmaßnahmen lässt sich unter einem internationalen Blickwinkel durch ein Projekt zur gesundheitlichen Versorgung von Straßenjugendlichen in den USA ergänzen. Aufgrund seines Arbeitsansatzes und der umfassenden Partizipationsmöglichkeiten der Zielgruppe ist dies insofern ‚einzigartig', als vergleichbare Projekte in Deutschland der bisherigen Recherche zufolge nicht existieren. Im Rahmen des in Seattle angesiedelten Projekts haben die Jugendlichen zweimal wöchentlich die Möglichkeit, kostenlos eine eigens für sie eingerichtete Klinik aufzusuchen (vgl. Barry et al. 2002). In dieser sind sowohl Fachkräfte tätig, die mit homöopathischen Heilverfahren arbeiten, was den in verschiedenen Studien festgestellten Präferenzen der Betroffenen entgegenkommen dürfte (Ensign/Panke 2002). Das Klinikpersonal besteht aber auch aus Mitarbeitern, die sich auf die für die Jugendlichen zentralen Gesundheitsprobleme Aids und Substanzmissbrauch spezialisiert haben, sowie aus Krankenschwestern, Ehrenamtlichen und ehemaligen Straßenjugendlichen. Letzteren vor allem fällt es zu, die Jugendlichen vor Ort aufzusuchen, um deren Vertrauen für einen Besuch in der Klinik zu gewinnen. Die Klinik versteht sich selbst als Schutzraum für die Betroffenen. Ein solcher Ansatz schlägt sich einerseits auf der Beziehungsebene nieder. So werden die Jugendlichen mit ihrem (Szene-) Namen angesprochen, und speziell die ehrenamtlich Tätigen sind angehalten, soviel Zeit wie möglich in den Wartezimmern bei den Jugendlichen zu verbringen, um ein freundschaftliches Verhältnis zu ihnen aufzubauen. Prinzipiell werden die Jugendlichen als Person ernst genommen, so dass ihnen eine anonyme Behandlung zugestanden wird, die nicht der Zustimmung der Eltern bedarf (vgl. Barry et al. 2002). Mögliche Hemmschwellen der Jugendlichen gegenüber der Behandlung werden zudem dadurch gesenkt, dass Szeneangehörige in die Klinik mitgebracht werden dürfen. Geborgenheit versucht die Klinik den Jugendlichen andererseits durch ihre fachliche Arbeit zu vermitteln. So steht es diesen zu, sich ihre Krankheit sowie deren nötige Behandlung ausführlich in verständlichen Worten erklären zu lassen. Darüber hinaus werden die Jugendlichen dazu ermutigt, die Meinung sowohl zur Visite als auch zu Arbeitsabläufen innerhalb der Klinik zu äußern und Verbesserungsvorschläge vorzubringen (Barry et al. 2002; weitere internationale Beispiele: Flick 2007).

6.2.3.5 Zwischenfazit und Empfehlungen

968. Wie deutlich wurde, sind Wohnungslose deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung von physischen oder psychischen Beeinträchtigungen einschließlich Suchtkrankheiten betroffen. Auch die Sterberate ist unter Obdachlosen höher. Während ihre hohe gesundheitliche Anfälligkeit und besondere Vulnerabilität Wohnungslose zu einer besonderen Zielgruppe für präventive Angebote macht, erweist sich deren Implementation aus verschiedenen Gründen als Herausforderung. Speziell gilt es zu berücksichtigen, dass es zu einer Verbesserung der Situation der Betroffenen und insbesondere zur Überwindung der krankmachenden Lebenslage ‚Obdachlosigkeit' komplexer Ansätze bedarf, die individuelle Hilfen ebenso wie strukturelle Maßnahmen zur Beseitigung von Armut und Unterversorgung beinhalten. Empfehlungen zu Maßnahmen, die an den unterschiedlichen Problemen und Bedürfnissen von Obdachlosen ansetzen, werden zunächst zur medizinischen Versorgung, im Weiteren zur sozialen Integration sowie zur Beschäftigungsförderung ausgesprochen.

969. Der Rat empfiehlt, der Zielgruppe der Obdachlosen und insbesondere den von den gesundheitlichen Problemen besonders betroffenen Teilgruppen der Obdachlosen verstärkt Präventionsangebote nahe zu bringen. Dies gilt gleichermaßen für diejenigen, die aus Not auf der Strasse leben wie auch für jene, für die dies ein ‚selbst gewählter Weg' ist. Um die Wohnungslosen zu erreichen, sollten Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung genügend niedrigschwellig sein. Entsprechende Angebote sollten nach einem abgestuften Konzept vorgehen, das über weite Strecken aufsuchend angelegt ist und, angefangen von Straßenbesuchen über Einsätze einer fahrbaren Ambulanz bis hin zu Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und der Behandlung in Krankenwohnungen, unterschiedliche Ebenen der gesundheitlichen Versorgung anspricht. Deren Ziel sollte es in jedem Fall sein, die Betroffenen ins System der medizinischen Regelversorgung zu reintegrieren, was voraussetzt, Schnittstellen zu anderen Versorgungseinrichtungen zu schaffen und verbindliche Strukturen für eine gemeinsame Zusammenarbeit zu entwerfen.

970. Eine stärkere Vernetzung von gesundheitlichen Angeboten und sozialen Angeboten der Wohnungslosenhilfe und weiterer Institutionen könnte Zugänge erleichtern und die Wirksamkeit erhöhen. Dabei sollen die unterschiedlichen Situationen und Bedürfnisse von obdachlosen Männern und Frauen berücksichtigt werden. In dem Kontext sollten Gremien eingerichtet werden, in denen die verschiedenen Akteure problembezogen miteinander kooperieren und sich dazu über die wesentli-

chen Arbeitsansätze und -ziele ihres Fachgebiets austauschen.

Ausreichende Vernetzung von unterschiedlichen zielgruppenspezifischen Maßnahmen dürfte auch erforderlich sein, um das Versorgungsdefizit zu überwinden, dass in Bezug auf die unter Obdachlosen hohe Rate von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit besteht. Eine engere Kooperation zwischen Suchtberatung und Wohnungslosenhilfe erscheint als geeignet, um das Problem anzugehen, dass einerseits die Wohnungslosenhilfe die Alkoholproblematik ihrer Klienten nicht selten ‚übersieht', obwohl diese zumindest die Beseitigung der Obdachlosigkeit erschwert, andererseits Angebote der Suchtkrankenhilfe aufgrund ihrer Komm-Struktur sowie ihrer insgesamt starken Mittelschichtorientierung die Betroffenen oft nicht erreichen.

971. Besondere Aufmerksamkeit sollte der gesundheitlichen Versorgung obdachloser Jugendlicher entgegengebracht werden. Zwar erscheint deren ambulante Betreuung durch niedergelassene Haus- oder Fachärzte formal gesichert. Da jedoch nicht nur Erwachsene, sondern ebenso Jugendliche auf der Straße oft nur unzureichend um medizinische Hilfe nachsuchen, sollten auch im kinder- und jugendärztlichen bzw. -psychiatrischen Bereich aufsuchende Angebote vorgehalten werden. Zudem ist der Bedarf von zielgruppenspezifischen Angeboten zum Entzug und zur Entwöhnung auch im Jugendbereich ungedeckt.

972. Sollen Prävention und Gesundheitsförderung bei Obdachlosen über die dargestellten, viel versprechenden Ansätze und Modellprojekte hinaus nachhaltig Bestandteil der Präventionsversorgung werden, so setzt dies neben dem Wissen um die spezielle gesundheitliche Problematik von Obdachlosen auch strukturelle Veränderungen voraus. In dem Kontext empfiehlt der Rat, Initiativen zur medizinischen Versorgung von Obdachlosen dauerhaft finanziell abzusichern. Bedarf hierfür wird auch nach erfolgreicher Implementation der Versicherungspflicht gemäß GKV-WSG zumindest für Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus bestehen bleiben. Stabile Finanzierung ist erforderlich, um den Projekten die für die kontinuierliche Arbeit mit den Betroffenen nötige Planungssicherheit zu gewährleisten. Für die Schaffung einer tragfähigen Finanzierung könnte ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren von Nutzen sein. Als Hauptakteure der zu bevorzugenden Mischfinanzierung auf Pauschalisierungsbasis wären Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Kommunen anzusehen. In dem Kontext empfiehlt der Rat zudem zu überprüfen, ob das in Nordrhein-Westfalen gültige „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst", das Gesundheitsbehörden verpflichtet, bei Bedarf für die medizinisch-soziale Versorgung Wohnungsloser aufzukommen (vgl. Merten 2004), bundesweit zu übernehmen ist. Damit würde die Versorgung von Obdachlosen in stärkerem Maße zu einer Aufgabe der Gesundheitsämter.

973. Um Obdachlose über kurz oder lang ins medizinische Regelsystem zu integrieren und sie nicht dauerhaft von einer komplementären, dafür kostenfrei gewährten Versorgung abhängig zu machen, sieht es der Rat als erforderlich an, strukturelle Barrieren für die Inanspruchnahme ‚regulärer' medizinischer Leistungen zu beseitigen. Das bedeutet, die von Armut betroffenen Obdachlosen von der Praxisgebühr sowie der Zuzahlungspflicht für Medikamente und Heilbehandlungen zu befreien. Zwar sind Obdachlose, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergekommen sind, aufgrund einer Novelle des § 37 SGB V mittlerweile dazu berechtigt, Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege) zu erhalten. Innerhalb eines Zeitraums von 28 Tagen werden jedoch die Betroffenen zu deren anteiligen Finanzierung gemäß § 61 SGB V herangezogen, so lange nicht die Befreiungsgrenze überschritten wird (vgl. Kunstmann 2006). Zudem ist die Anerkennung und Finanzierung der Krankenpflege-Leistungen durch den zuständigen Kostenträger ohnehin nicht in jedem Fall gewährleistet, so dass auch an der Stelle eine Nachbesserung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen erforderlich erscheint.

974. Für den Abbau struktureller Barrieren sieht es der Rat außerdem als erforderlich an, Verfahren zur Feststellung des Versicherungsstatus' zu vereinfachen und zu beschleunigen. Wo das nicht möglich ist, sollten die Sozialämter in die Pflicht genommen werden, über die Krankenhilfe überbrückend im Sinn der Nachrangigkeit tätig zu werden (Kunstmann 2006). Das würde nicht nur dazu beitragen, dass die mit der Beschaffung der behördlichen Nachweise für den Betroffenen verbundene Hemmschwelle vor dem Arztbesuch gesenkt und Problemen der ärztlichen Leistungsgewährung vorgebeugt wird. Dies wäre zudem eine Erleichterung für die Mitarbeiter des gesundheitlichen oder sozialen Versorgungssystems, denen zur Sicherung der Behandlung die Klärung der amtlichen Zuständigkeiten letztlich obliegt, wenn der Betroffene dabei allein nicht weiterkommt oder von vornherein keine Bemühungen unternimmt.

975. Um den gesundheitlichen Versorgungsbedarf, den die vom medizinischen Regelsystem schwer erreichbare Zielgruppe der Wohnungslosen hat, handlungsorientiert analysieren zu können, empfiehlt der Rat eine entsprechende Gesundheitsberichterstattung und eine auf diese Zielgruppe bezogene Versorgungsforschung. Diese sollte auch Aufschlüsse darüber zulassen, welche bereits bestehenden komplementären Ansätze zur medizinischen Versorgung von Obdachlosen weiterzuentwickeln und bei Bedarf auf bisher ‚unterversorgte' Regionen zu übertragen wären und mithin als wegweisend für die künftige Arbeit anzusehen sind.

976. Im Rahmen eines kombinierten Vorgehens, das der komplexen Problemlage von Obdachlosen Rechnung trägt, sollten Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzt werden um arbeits- und unterbringungsbezogene Maßnahmen, wie sie etwa im ‚Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung' erwähnt werden. Maßnahmen, die darauf hinauslaufen, den Betroffenen Zugang zu angemessenem Wohnraum zu verschaffen oder zu sichern, sollten zugleich auch eine per-

sönliche Unterstützung umfassen, die auf Beratung und Betreuung des Einzelnen abzielt.

977. Darüber hinaus empfiehlt der Rat, als Strategie zur Vermeidung von Obdachlosigkeit zu prüfen, ob ähnlich, wie es in Frankreich seit Februar 2007 Gesetz ist, ein Recht auf Wohnen in die deutsche Verfassung aufgenommen werden kann.

978. Um der sozialen Ausgrenzung der Betroffenen entgegenzuwirken, sieht es der Rat außerdem als erforderlich an, subventionierte Beschäftigungsmöglichkeiten für Obdachlose bereitzuhalten, die auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt aufgrund vielfältiger Vermittlungshindernisse nicht Fuß fassen. In dem Kontext ist davon auszugehen, dass die Aufnahme von sinnvollen Tätigkeiten die Wohnungslosen psychisch und sozial stabilisiert und somit langfristig ihren Hilfebedarf verringert. Als Beschäftigungsmöglichkeiten kommen tagesstrukturierende Maßnahmen in Betracht, aber auch einfache Tätigkeiten im sozialen Bereich, die vergleichbar sind mit denen, die auch von Zivildienstleistenden ausgeführt werden und der Entlastung von Fachkräften dienen.

Zwischenfazit

979. Zusammenfassend stellt der Rat fest, dass

– Obdachlose aufgrund biographischer und lebensweltlicher Faktoren unter einem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich schlechteren Gesundheitszustand leiden, aber über weniger Ressourcen und Bewältigungsstrategien verfügen, um mit (gesundheitlichen) Belastungen und Risiken ‚angemessen' umzugehen. Unter den Betroffenen ist ein riskantes Gesundheitsverhalten überdurchschnittlich häufig.

– Obdachlose einen besonderen Bedarf an präventiven Maßnahmen ebenso wie an solchen der gesundheitlichen Versorgung im Krankheitsfall haben, durch entsprechende Angebote sowie das medizinische Regelsystem allgemein aber kaum erreicht werden.

980. Vor dem Hintergrund dieser besonderen gesundheitlichen Situation der Obdachlosen empfiehlt der Rat, dass

– Angebote zur gesundheitlichen Versorgung der Wohnungslosen ausreichend niedrigschwellig sind, dementsprechend großenteils aufsuchend arbeiten und sich untereinander sowie mit sozialen Institutionen stärker als bisher vernetzen,

– strukturelle Barrieren (z. B. in Form von Praxisgebühr und Zuzahlungen) für die Zielgruppe fallen, da sie der Inanspruchnahme ‚regulärer' medizinischer Leistungen entgegenstehen und somit die Integration ins Regelsystem erschweren,

– weitere Forschungen durchgeführt werden zum Gesundheitszustand sowie zur medizinischen Versorgung von Obdachlosen, um die oft lückenhafte und teilweise in sich widersprüchliche Datenlage zu erhellen,

– Angebote der Gesundheitsversorgung mit arbeits- und unterbringungsbezogenen Maßnahmen kombiniert werden, die darauf hinauslaufen, Wohnungslosigkeit zu verhindern oder in zeitlicher Hinsicht zu begrenzen und den Betroffenen öffentlich geförderte Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten,

– dazu die besonderen Möglichkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stärker zu nutzen.

6.2.4 Krise und Chancen der HIV/AIDS-Prävention

6.2.4.1 Einleitung

981. HIV/AIDS Prävention wurde in den achtziger Jahren in Deutschland wie in den anderen europäischen Ländern als Prävention sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch speziell für vulnerable Gruppen konzipiert. Dem Begriff ‚Vulnerabilität' liegt dabei ein anderes Konzept zugrunde als in den vorhergehenden Abschnitten dieses Kapitels. Speziell die nach wie vor von der Epidemie hauptsächlich betroffene Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gilt danach in doppelter Hinsicht als vulnerabel: Zum einen ist eine mit dieser Lebensweise untrennbar verbundene Form des Sexualverkehrs (Analverkehr) mit einem gegenüber anderen Formen der sexuellen Vereinigung deutlich erhöhten Risiko einer HIV-Infektion verbunden (physische Vulnerabilität). Dies hat Konsequenzen für den Inhalt der Präventionsbotschaften. Zum anderen gelten homosexuelle Männer aufgrund ihres Minderheitenstatus und wegen der nach wie vor sehr häufigen Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt auch als sozial vulnerabel (Sander 2007). Dies hatte und hat Konsequenzen für die Wahl der Kommunikationswege sowie für die Einbettung der Präventionsmaßnahmen in flankierende soziale Strategien.

982. Ca. 20 Jahre nach dem Beginn staatlich konzipierter und in größerem Umfang auch organisierter und finanzierter HIV/AIDS-Prävention zeigt sich ein widersprüchliches Bild:

Die auf Zielgruppen bezogene und zu erheblichen Teilen von diesen selbst organisierte Primärprävention der HIV-Infektion hat gezeigt, dass es möglich ist, durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten in den Lebensbereichen der Sexualität und des Drogengebrauchs zu verändern; also wirksame Prävention in Bereichen zu organisieren, die weithin von Tabus und von Scham gekennzeichnet sind und zum Teil in der Illegalität liegen. Im Ergebnis dieser Strategie ist Safer Sex zumindest in der am meisten betroffenen Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), zur sozialen Norm geworden, mit Safer Sex Raten von 75 % und mehr. Bei den intravenösen Drogenbenutzern liegt der Erfolg in ähnlicher Größenordnung. Durch erfolgreiche HIV/AIDS-Primärprävention – so eine Schätzung – konnten in der Bundesrepublik Deutschland ca. 60 000 Infektionen verhütet werden, was zu jährlichen Einsparungen an Kosten der Krankenversorgung in Höhe von 445 Mio. € führt (IGES 2003).

Wer die mühsamen Verhaltensänderungen im Hinblick z. B. auf Ernährung, Bewegung, Tabakrauchen etc. ver-

folgt, für den sind das eindrucksvolle Ergebnisse, die – mit Ausnahme vielleicht der Benutzung des Sicherheitsgurtes und der Verwendung von jodiertem Speisesalz – sonst nirgendwo erzielt werden konnten, und schon gar nicht in so kurzer Zeit. Das gibt zunächst einmal all jenen Unrecht, die Prävention schon deshalb mit Skepsis begegnen, weil sie menschliches Verhalten im Allgemeinen und speziell das Sexual- und Drogenverhalten für grundsätzlich nicht beeinflussbar halten. Zudem ist bemerkenswert, dass diese Erfolge im Wesentlichen ohne Zwang, Angst und Strafe erzielt werden konnten. AIDS-Prävention ist also eine positive Ausnahme in der Präventionslandschaft.

Andererseits deuten Befragungen darauf hin, dass trotz umfangreicher und vielfältiger Präventionsanstrengungen in jedem Jahr mindestens 20 % der befragten schwulen Männer zumindest sporadisch unsafe Sex hatten. Seit ungefähr dem Jahr 2000 steigt dieser Anteil auf ca. 30 % an, auch die Neuinfektionen nehmen zu. 62 % der Neuinfektionen fanden sich im Jahre 2005 bei MSM, die damit nach wie vor die größte und in den letzten Jahren anteilsmäßig wie auch in absoluten Zahlen am kontinuierlichsten anwachsende Gruppe in der HIV-Epidemiologie sind (RKI 2006a). Da ungefähr die Hälfte der HIV-infizierten Männer unter wirksamer antiretroviraler Medikation stehen, wäre das Gegenteil zu erwarten: Die Therapie drückt die Viruslast meist unter die Nachweisgrenze mit dem erfreulichen Ergebnis, dass damit die Risikoladung pro Risikokontakt erheblich sinkt. Bei konstantem Safer Sex Verhalten müsste wegen dieses Beitrages der kurativen Medizin zur Primärprävention die Anzahl der Neuinfektionen sinken; da sie steigt, deutet dies auf ein Wegbröckeln des Safer Sex Verhaltens bei schwulen Männern hin. Diese Vermutung wird durch zahlreiche Studien, Surveys und Beobachtungen sowie die Zunahme von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bei MSM erhärtet. Noch weniger gelöst sind die Probleme der HIV-Prävention unter Heterosexuellen: Erstmals seit 2001 übersteigt im ersten Halbjahr 2006 die Anzahl der heterosexuell erworbenen Infektionen in Deutschland die der Meldungen über Infektionen bei Menschen aus Hochprävalenz-Ländern[270] und erreicht einen Anteil von 17 % der Neuinfektionen (RKI 2006a).

Das Erfolgsmodell der HIV/AIDS-Prävention ist somit offensichtlich in eine Krise geraten. In dieser Situation erscheint es nützlich, sich klar zu machen, aus welchen Komponenten die AIDS-Prävention besteht, d. h. wie sie funktioniert, und wie es dazu kommen konnte, dass sich in der Auseinandersetzung mit einer vorwiegend sexuell übertragbaren Infektionskrankheit solch ein innovatives Modell durchsetzen konnte. Vor diesem Hintergrund sollen dann die Tatsache und mögliche Gründe des heute zu beobachtenden Rückgangs von präventivem Verhalten in der Gruppe der schwulen Männer beleuchtet werden, um mit einigen Überlegungen und Empfehlungen zur Überwindung dieser Defizite zu schließen.

6.2.4.2 Die Entstehung der HIV/AIDS-Prävention

983. Anfang bis Mitte der achtziger Jahre befand sich nicht nur Deutschland wegen AIDS in Angst und Aufregung: Da gab es eine neue, medizinisch nicht beherrschbare Infektionskrankheit, nachdem man sich seit den vierziger Jahren daran gewöhnt hatte, dass die Medizin für alle Infektionskrankheiten wirksame Mittel bereithält bzw. schnell bereitstellen kann. Es herrschte große Unklarheit darüber, wie groß die AIDS-Gefahr war, welche Gruppen in welchem Ausmaß betroffen waren bzw. sein würden. Zudem berührte AIDS wie keine zweite Krankheit angst- und deshalb auch demagogieträchtige Bedeutungsfelder: Es ging um Sex, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Drogen, Blut und vorzeitiges Sterben. HIV-Infizierte wurden auch schon mal als lebende Zeitbomben und unerkannte Feinde bezeichnet und angesehen. Sowohl unter gesundheitlichen als auch unter bürgerrechtlichen Aspekten herrschte Angst bis hin zur Panik. Der stets gegebene Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bürgerrechten wurde bei HIV/AIDS besonders offensichtlich und ist es bis heute geblieben. Infolgedessen gab es großen Handlungsdruck.

984. In der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, die von 1987 bis 1990 eine AIDS-Strategie zu entwickeln hatte (Deutscher Bundestag 1988, 1990) wurden allfällige Strategievorschläge bis zum Ende diskutiert und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit auch in der Vergangenheit hin untersucht. Dabei stellte sich die Unterlegenheit der ‚klassischen Seuchenstrategie' (*Old Public Health*) deutlich heraus, die vor allem mit Zwangsmitteln Antworten auf die Frage sucht: Wie ermittelt man möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen und wie legt man diese still? Zwangsstrategien, so zeigte sich, hatten bei sexuell übertragbaren Krankheiten in der Geschichte eigentlich nur bei totaler Kontrolle aller Beteiligten, also z. B. bei staatlich organisierter Prostitution in kriegführenden Armeen, Erfolg gebracht (Brandt 1987). Zwangsstrategien in der Allgemeinbevölkerung gegen sexuell übertragbare Krankheiten erwiesen sich bei näherem Hinsehen hingegen als das, was in der Gesundheitspolitik – und nicht nur dort – häufig stattfindet: Sie sind entweder symbolische Politik, Aktivitäten ‚ut aliquid fiat' ohne verhaltenswissenschaftliche oder auch nur lebenspraktische Fundierung. Beides sprach und spricht gegen die Wahl der klassischen Seuchenstrategie und verweist im Hinblick auf die Überwindung der gegenwärtigen Krise auf Modifikationen des entstandenen Präventionsmodells, nicht aber auf einen Modellwechsel in der HIV/AIDS-Prävention.

6.2.4.3 Das Modell der HIV/AIDS-Prävention

985. Das HIV/AIDS-Präventionsmodell, das – mit einigen Modifikationen – in ganz Europa zur Anwendung kommt (Rosenbrock 2000; Rosenbrock/Schaeffer 2002) steht unter dem zentralen Gedanken des gesellschaftli-

[270] Dabei handelt es sich überwiegend um Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika und anderen besonders betroffenen Ländern, deren Infektion, zum Teil mit anderen Virustypen, überwiegend vor der Einreise nach Deutschland stattgefunden hat. In dieser Gruppe wurden im Jahre 2005 ca. 14 % der Neuinfektionen ermittelt (RKI 2006a).

chen Lernens und sucht Antworten auf die – der Such- und Zwangsstrategie entgegengesetzte – Leitfrage: Wie organisiert man möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich die Individuen, die Bevölkerung, die Institutionen und die gesamte Bevölkerung auf das Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?

986. Vorläufer des Modells entstanden in den siebziger Jahren in den USA vor allem bei der Prävention kardiovaskulärer Risiken und hatten dort erste, wenngleich mäßige Erfolge gezeigt. Beispielhaft seien das *Five-City-Project* und das *Seven-City-Project* der Stanford Universität genannt (Farquar et al. 1990). Es besteht aus den Komponenten

– einer gründlichen Information und Mobilisierung der Öffentlichkeit und insbesondere der wichtigsten Zielgruppen über die Eigenschaften des Gesundheitsrisikos,

– der Vermittlung klarer Botschaften über die Möglichkeiten seiner Vermeidung,

– der Benutzung aller verfügbaren Kommunikationskanäle wie Massenmedien, Bildungswesen und Freizeitsektor,

– der Einbeziehung der betroffenen Gruppen in den Entwurf und die Umsetzung der Präventionsstrategien,

– der Orientierung darauf, die vom Risiko Betroffenen vor allem dazu zu bringen, miteinander offen über das Risiko und seine Vermeidungsmöglichkeiten zu kommunizieren,

– der Organisation der Verfügbarkeit notwendiger Hilfsmittel (fettärmere Kost, Sportmöglichkeiten, Nikotinpflaster, Kurse etc.) sowie

– der Schaffung positiver Anreize (Wettbewerbe, Preise) für erwünschte Verhaltensänderungen und

– in unterstützenden Maßnahmen, die den Zusammenhalt, die Selbstorganisation und die Kommunikation in den betroffenen Gruppen – und damit Voraussetzungen für individuell und im jeweiligen sozialen Umfeld erfolgreiches Risikomanagement – schaffen bzw. verbessern sollen.

In einigen dieser Projekte bildete auch die Organisierung zur Solidarität mit bereits Erkrankten (Diabetes, Herzkreislauf, Krebs) eine wesentliche Komponente des Präventionsmodells, weil ein gesellschaftliches Klima des Respekts und des Vertrauens eine sozialpsychologisch unverzichtbare Voraussetzung bildet, wenn es darum geht, kollektive Lernprozesse auf der Basis von Gemeinsinn zu organisieren.

987. Es ist evident, dass diese Strategie wesentlich mehr und etwas anderes ist als Aufklärung und Gesundheitserziehung. Die Einbeziehung der Betroffenen und auch die Förderung von Strukturen, die die Kommunikation über und die Vermeidung von Risiken erleichtern, weist diesem Modell eine anspruchsvollere Orientierung bzw. Zielsetzung zu. Die Strategie ist eine multimodale Mehrebenen-Kampagne, bei der klare Botschaften für die gesamte Bevölkerung mit vielen dezentralen Aktivitäten in und mit den Lebenswelten (Settings) der Zielgruppen sowie mit persönlicher Beratung durch *professionals* und *peers* verknüpft werden (GA 2000/2001; Rosenbrock/Michel 2007). Diese Herangehensweise war auch wesentlicher Bestandteil des im Sommer 2005 zunächst gescheiterten ‚Bundesgesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention' (Rosenbrock 2006).

988. Die Wahl dieser Lernstrategie – anstelle der gesundheitlich wenig wirksamen und bürgerrechtlich hoch problematischen Suchstrategie – bot sich im Falle HIV/AIDS für die Politik auch deshalb an, weil damit zwei beim Erscheinen von AIDS entstandenen Bewegungen in der Bevölkerung einbezogen und auch instrumentalisiert werden konnten. Zum einen hatte die *‚gay community'* schnell – und noch vor dem Staat – begonnen, Verhaltensänderungen in den eigenen Reihen zu organisieren und forderte nun auch soziale Unterstützung dabei sowie zum Schutz der eben erst in den siebziger Jahren erkämpften rechtlichen und sozialen Freiheiten. Gleichzeitig wirkten die schwulen AIDS-Aktivisten als Impulsgeber für die Mobilisierung anderer sozialer Bewegungen, die sich fortan wie ein politischer *cordon sanitaire* um die AIDS-Thematik scharten. Diese Akteure wurden im Rahmen dieser Strategie dringend gebraucht, da sie Aufgaben der dezentralen und szene-orientierten Prävention erfüllten, die von staatlichen Stellen nicht erfüllt werden können. Aus ihnen entstanden die ca. 150 AIDS-Hilfen – heute sind es nach Konsolidierung und Normalisierung noch ca. 120 (Deutsche AIDS-Hilfe 2006) – und damit ein neuer Typ von gesundheitspolitischem Akteur, der im Zusammenwirken mit der BZgA und kommunalen Gesundheitsämtern in der stets spannungsreichen Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern die AIDS-Prävention vor allem für MSM organisierte – Selbsthilfe also nicht wie sonst üblich zur Krankheitsbewältigung, sondern zur Krankheitsverhütung.[271]

989. In Anknüpfung an die skizzierten Erfahrungen mit auf *community* bezogene Prävention und Gesundheitsförderung sowie unter zunehmend expliziter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta der WHO wurde ein neues Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Dabei sollte sich das Verhalten nicht durch Zwang ändern, aber auch nicht durch bloße Information und Appelle. Vielmehr sollte zugleich die soziale Umwelt der Zielgruppen in einer Weise beeinflusst werden, die die eigenen Motive für präventives Verhalten stärkt und gegenläufige Motive schwächt (WHO-Slogan: „*make the healthier choice the easier choice*"). Deshalb wurden nicht nur geeignete Kommunikationskanäle auf mindestens drei Ag-

[271] Die Überprüfung der Möglichkeiten der Übertragung dieses Ansatzes auf Strategien zur Senkung anderer Gesundheitsrisiken steht noch aus.

gregatebenen (bevölkerungsweite Aufklärung, zielgruppenspezifische Kampagnen und Aktionen, persönliche Beratung) für Information und Aufklärung ausgebaut und benutzt. Vielmehr galt die Aufmerksamkeit von vornherein auch der Optimierung der Voraussetzungen für Kommunikation mit den und innerhalb der Zielgruppen. Daraus folgte nicht nur eine Unvereinbarkeit zwischen öffentlicher Diskriminierung (einschließlich polizeilicher Verfolgung) und glaubwürdig kooperativer Infektionsprävention der Zielgruppen, sondern dies führte auch zu der Konsequenz, die Lebensweisen, Milieus und Strukturen der Zielgruppen (z. B. Treffpunkte aller Art) als Kommunikationsmöglichkeiten zu sehen und ggf. zu stützen (*community building, community organizing*). Faktoren, die die Effektivität der Präventionsanstrengungen minderten (z. B. unterschiedliche Kommunikationsvoraussetzungen je nach Sozialstatus, Bildung, Sprache etc., vgl. Luger 1998; Bochow 2000), wurden bei der Konzeption der Prävention berücksichtigt und als veränderungsbedürftig thematisiert. Ansatzpunkte und Inhalte der Prävention knüpften grundsätzlich an Fähigkeiten und Bedürfnissen in den Zielgruppen an, bezogen sich also primär auf (zu vermehrende) Ressourcen (Handlungsfähigkeit, Gesundheit) und erst dann auf (zu beseitigende) Defizite. Zusammen mit der Sicherstellung eines möglichst ungehinderten Zugangs zu den technischen Mitteln der Prävention (Kondome, Gleitcreme, sterile Spritzbestecke) sollten auf diese Weise gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreize mit dem Ziel der Etablierung sozialer Normen für Risiko meidendes (Safer Sex, *safe Use*), gesundheitsförderliches und solidarisches Verhalten geschaffen und stabilisiert werden. Die Zuteilung der Verantwortung geht von der Tatsache aus, dass in jedem Falle freiwilliger sexueller Vereinigung (mindestens) zwei entscheidungsfähige Individuen beteiligt sind: Verantwortlich für präventives Verhalten sind damit gleichermaßen Infizierte und Nicht-Infizierte. Dazu gehört auch die Verantwortung, mit dem Sexpartner/der Sexpartnerin unmissverständlich über potentielle Risikoexposition zu kommunizieren.

990. Da in die zentralen Bereiche riskanten Verhaltens (Sex, Drogenbenutzung) als Tabu-, Scham- und z. T. kriminalisierte Bereiche nur schwer direkt zu intervenieren ist, wurden auch andere Institutionen, vor allem das Bildungswesen (z. B. sexuelle Aufklärung, Informationen über Drogen und *peer education*), sowie die Rechtspolitik (z. B. Strafrecht, Diskriminierungsschutz sowie Sozial- und Arbeitsrecht) in die Präventions-Strategien einbezogen. In der Drogenpolitik kollidierten dabei herkömmliche Prinzipien der Ausgrenzung und Verfolgung mit den Erfordernissen der AIDS-Prävention, die Drogenpolitik wurde entsprechend angepasst (*harm reduction*) und ist seither erfolgreicher (Rosenbrock et al. 2002). Voraussetzungen waren rechtliche Änderungen im Hinblick auf die soziale und legale Definition des Drogengebrauchs (abweichendes Verhalten, Krankheit, Straftat), den Umgang mit Drogenbenutzern, das Drogen-Abstinenz-Dogma sowie die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen und die Etablierung von Methadon- bzw. Heroin-Programmen. Im Hinblick auf die Inklusion von Prostituierten ging es um Entkriminalisierung sowie um soziale Rechte. HIV-Prävention wurde damit zu einem sektorenübergreifenden Querschnittsprojekt in einer ganzen Reihe von Politikbereichen.

991. Die Realisierung dieses Ansatzes bei der Prävention einer überwiegend sexuell übertragenen Krankheit bildet den Übergang von der ‚despotischen' individualisierten, direkten Überwachung zu ‚infrastrukturellen', kontinuierlichen und indirekten Kontrollmechanismen (Mann 1986), vom Ansatz des *control and containment* zur *inclusion and cooperation* (Bayer 1989), von der ‚individuellen Suchstrategie' zur ‚gesellschaftlichen Lernstrategie' (Rosenbrock 1987). Diese beiden Ansätze sind in nahezu jedem Detail alternativ und einander ausschließend: Elemente von Repression und Zwang können über die allgemein gültigen Normen des Strafrechts hinaus nicht mit der auf *partnership and pragmatism* (Rosenbrock/Wright 2000) basierenden Lernstrategie kombiniert werden, ohne die Wirksamkeit der Lernstrategie ernsthaft zu mindern. Jede ‚Ergänzung' der Lernstrategie durch Elemente der Repression (einschließlich der erzwungenen Identifikation von HIV-Infizierten als ihrer Voraussetzung) beschädigt das, was sie ergänzen soll, und kann damit die Gesamtwirkung erheblich mindern.

992. Vor diesem Hintergrund sind auch die Debatten der achtziger und neunziger Jahre über den HIV-Antikörpertest und seine Verwendung zu verstehen: Mit dem HIV-Antikörper-Test gab es ab 1984 ein technisches Instrument zur Feststellung des HIV-Serostatus. Zwecke, Umfang und Bedingungen der Verwendung dieses Instruments bildeten ein zentrales, in manchen Ländern das wichtigste Konfliktfeld der medizin- und gesundheitspolitischen Aushandlung der AIDS-Politik. Dies führte neben den politischen auch zu wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, die weit über den Bereich von AIDS hinaus weite Teile des sekundärpräventiven Ansatzes (Früherkennung zur Vorverlegung des individuellen Interventions- bzw. Therapiebeginns) relativierten bzw. in Frage stellten (Holland/Stewart 1990; Rosenbrock 1991, Abholz 1994; Miller/Lipman 1996). Unter technischen Aspekten hat der Test den Nachteil, Infektionen erst nach Bildung von Antikörpern, also ca. 12 Wochen nach dem Viruskontakt, zu ermitteln (diagnostisches Fenster) und damit in einer hoch infektiösen Phase zu versagen (Marcus 2007). Zudem sprechen Defizite in Sensitivität (Risiko von falsch negativen Befunden) und Spezifität (Risiko von falsch positiven Befunden) gegen Massenscreenings: Je geringer die Prävalenz in einer Population, desto geringer auch der prognostische Wert des Tests und des Screenings, desto höher der Anteil falsch positiver Befunde (Beyes'sches Theorem, vgl. Deutscher Bundestag 1990; Rosenbrock 2004a). All dies sprach für die sorgfältige Begrenzung des Einsatzes vor allem auf die Sicherung von Blutspenden und Blutprodukten sowie auf die Differentialdiagnostik bei symptomatischen Patienten. Sozial sprach nicht nur die Grundentscheidung gegen Zwang und für eine gruppen- bzw. gemeinschaftsbezogene (*community-oriented*) und auf Lernen beruhende Präventionsstrategie gegen Massenscreenings und für Testzurückhaltung (in den Niederlanden bis hin zur ‚Test-

entmutigung', van den Boom 1998). Hinzu kam, dass die gleichzeitige Sendung der Botschaften ‚Safer Sex für alle außerhalb strikter Monogamie' und ‚Test' gegen die Gebote der Einfachheit und Widerspruchsfreiheit in der Prävention verstoßen. Unterstützt wurde diese Position durch sozialwissenschaftliche Befunde, die relevante Verbesserungen des präventiven Verhaltens durch den Test (als Instrument zur Schärfung der individuellen Risikowahrnehmung) nicht belegen konnten (Cleary et al. 1988; Higgins et al. 1991; Zenilman et al. 1992; Gill et al. 1998; Marcus 2007). Ein sinnvoller und auch öffentlich empfehlenswerter Einsatz des Tests wurde für den Zeitpunkt der Verfügbarkeit solcher medizinischer Therapien vorausgesehen, deren Effektivität mit einem Therapiebeginn schon während der Phase der Symptomlosigkeit steigt (z. B. Rosenbrock 1986). Insgesamt führten das gewählte Präventionsmodell und der politische wie wissenschaftliche Streit über den HIV-Antikörper-Test zur Entwicklung und Anwendung einer ganzen Reihe von methodisch innovativen Ansätzen im Bereich der Risikowahrnehmung, der *surveillance* und der Evaluation, in deren Ergebnis über Verteilung und Entwicklung HIV-relevanten Verhaltens, über Neuinfektionen, Prävalenz und Morbidität/Letalität bei AIDS mehr Informationen vorliegen als über fast jede andere Krankheit (Dubois-Arber et al. 1988, 1997; van de Vroome et al. 1990; Kirschner 1993; Mertens et al. 1994).

993. Mit Hilfe dieses Präventionsmodells hat die Bundesrepublik nicht nur gesundheitspolitisch eine geeignete Antwort auf die Epidemie gefunden. Zudem ist die Diskriminierung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken die Ausnahme geblieben, auch gesellschaftliche Solidarität mit HIV-Infizierten und an AIDS Erkrankten hat sich hierzulande als organisierbar erwiesen. Schließlich ist im Ergebnis der Umgang mit Sexualität und Homosexualität, aber auch mit Drogen in Deutschland liberaler geworden.

6.2.4.4 Neue Herausforderungen an die Prävention

994. Dass die präventive Wirksamkeit dieses Präventionsmodells nunmehr bröckelt, überrascht nicht. Auch die beste Kampagne (inklusive aller Auffrischungen und Variationen) nutzt sich im Zeitablauf ab. Auch die politische und publizistische Normalisierung von AIDS zeigt ihre Wirkungen (Rosenbrock et al. 2002). In ihrer Größe unbekannte, aber quantitativ wohl nicht sehr bedeutsame Gruppen hetero- wie homosexueller Menschen, die nur bei hoher gesellschaftlicher Thematisierung und Skandalisierung eines Risikos ihr Verhalten (meist nur kurzfristig) ändern (vgl. z. B. die Reaktionen auf BSE), sind unter diesen Bedingungen nur schwer zu erreichen.

995. Gleichwohl ist festzuhalten, dass die AIDS-Strategie der Primärprävention nach New Public Health (Rosenbrock 2001; Rosenbrock/Gerlinger 2006; Rosenbrock/Kümpers 2006) nicht nur die Zeit zwischen der Manifestation der Epidemie in Deutschland und der Verfügbarkeit wirksamer Medikation ohne epidemiologische Katastrophen überbrücken konnte, sondern auch vor allem in der nach wie vor am schwersten betroffenen Gruppe für lange Zeit stabile soziale Normen entstehen ließ: Auch gegenwärtig benutzen knapp 70 % der MSM in jeder Risikosituation ein Kondom (Bochow et al. 2004). Das ist ein Gewinn, den es in erster Linie zu stabilisieren gilt. Der Maßstab der Prävention ist dabei immer die Minimierung der Neuinfektionen in dem Bewusstsein, dass die Befolgung von Präventionsregeln durch 100 % in jeder beliebigen Zielgruppe nicht realistisch, sondern eine Allmachtsphantasie ist, die auch mit Mitteln, deren Einsatz mit der grundgesetzlichen Ordnung unseres Gemeinwesens nicht vereinbar wäre, nicht zu erreichen wäre.

996. Vor diesem Hintergrund gilt es einige zentrale Änderungen im Gegenstandsbereich der AIDS-Prävention zur Kenntnis zu nehmen, die sich seit Entwurf und Etablierung der gegenwärtigen Strategie ergeben haben und Anlass zu Modifikationen sein können:

a) Die wichtigste Veränderung besteht darin, dass die HIV-Infektion heute nicht mehr automatisch oder mit großer Wahrscheinlichkeit eine zum Tode führende Erkrankung auslöst. Nachdem die Prävention nach New Public Health es vermocht hat, AIDS von einer drohenden, in ihren Auswirkungen unabsehbaren Katastrophe in ein beherrschbares Problem der Gesundheitspolitik zu verwandeln, sorgen seit 1996 die antiretroviralen Arzneimittel dafür, dass aus einer individuell tödlichen Bedrohung eine schwere und unheilbare, aber in den meisten Fällen gut behandelbare chronische Erkrankung geworden ist – mit allen Ungewissheiten, unerwünschten Wirkungen und Risiken der Resistenzbildung, die eine lebenslange Medikation mit sich bringt. Dannecker hat den Unterschied zwischen dem ‚alten' und diesem ‚neuen' AIDS und die darin liegende Notwendigkeit des Perspektivwechsels in der Primärprävention sehr deutlich herausgearbeitet (Dannecker 2006a, b): „Im psychischen Haushalt der Menschen ist die Gesunderhaltung und nicht mehr wie vordem die Abwehr des Todes zum Gravitationszentrum der Prävention geworden." (Dannecker 2006a: 262). Was diese Veränderung vom ‚alten' zum ‚neuen' AIDS in den Köpfen und in der Kommunikation der Zielgruppen bewirkt, ist noch nicht ausreichend erforscht (Sander 2006). Laufende Forschungsprojekte können erste Aufschlüsse darüber bringen sowie Hinweise auf daraus folgende Notwendigkeiten der Anpassungen und Änderungen in Begründungen, Botschaften und Instrumenten der Primärprävention (Bochow/Grote 2007; Bochow 2006; Langer 2005). Es könnte sich daraus die Herausforderung ergeben, die Kampagne zur HIV/AIDS-Prävention vom Thema der Abwehr eines einzigen (tödlichen) Risikos hin zur positiven Thematisierung von Gesundheit und Wohlbefinden weiterzuentwickeln und mit dieser Orientierung auch den Anschluss an die große Mehrzahl der von New Public Health inspirierten Interventionen herzustellen (Rosenbrock/Michel 2007).

b) Der Übergang zum ‚neuen' AIDS hat automatisch auch Charakter und Stellenwert des HIV-Ak-Tests verändert, der heute nicht mehr als ‚Todesurteil mit offe-

nem Vollzugsdatum' wahrgenommen wird. Zudem haben sich auch die bürgerrechtlichen Bedrohungen – zumindest oberflächlich, und trotz immer wieder zu hörender Gegenstimmen – im Umkreis abweichenden Verhaltens und von AIDS erheblich vermindert. Debatten z. B. über den Testeinsatz können deshalb heute entspannter geführt werden als vor 20 Jahren. Das enthebt allerdings niemanden, der mehr Tests (wie, wo, für wen und unter welchen Bedingungen auch immer) fordert, von der Verpflichtung, die Bedingungen zu nennen, unter denen ‚mehr Tests' mit den Grundsätzen der ‚gesellschaftlichen Lernstrategie' und der Wahrung von Grundrechten vereinbar sind und – im Zeitalter von Evidenz-basierter Medizin eigentlich eine Selbstverständlichkeit – aufzuzeigen, mit welchen plausiblen und belegbaren Mechanismen daraus eine Minderung von Neuinfektionen folgen soll. Auf einen solchen Nachweis können allerdings auch die US-amerikanischen CDC nicht verweisen. Ihre Empfehlung an die Bundesstaaten, den HIV-Ak-Test ohne Beratung und ohne schriftliches Einverständnis als Routine mit *opt out* Wahl bei jedem Arztkontakt zu empfehlen (Bayer/Fairchield 2006), ist in erster Linie ein Reflex auf die in den USA sehr niedrige Testbereitschaft und dem infolgedessen hohen Anteil medizinisch nicht behandelter AIDS-Erkrankungen. Dieser Schritt erklärt sich primär aus der Tatsache, dass die AIDS-Politik in den USA seit ihrer Formulierung in den achtziger Jahren auf oft nur formelhaften Kompromissen zwischen *Old* und *New Public Health* beruhte und deshalb schon seit längerer Zeit Erosionen zeigt (Kirp/Bayer 1994; Rosenbrock/Schaeffer 2002). Auf Basis der vorliegenden Studien kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass ein allgemeiner Test-Aufruf in der Gruppe des MSM eine Verbesserung der Prävention erbringen würde. Zur Verhalten steuernden Wirkung der Mitteilung eines – positiven oder negativen – Testergebnisses ist die Befundlage nach wie vor widersprüchlich. Tatsächlich weiß auch niemand, wie viele ‚naiv Infizierte' es z. B. gibt, die die Infektion ohne Wissen weitergeben können, und ob sie dieses Risiko überhaupt eingehen. Auch ist nicht bekannt oder abschätzbar, wie diese ihr Schutzverhalten im Falle eines – positiven oder negativen – Tests ändern bzw. gestalten würden. Als Instrument der Primärprävention ist der freiwillige HIV-Ak-Test damit (vielleicht mit der Ausnahme des ‚Bilanztests' und des ‚Verlobungstests', vgl. Marcus 2007) nach wie vor unausgewiesen. Jede Art von Zwangstest gilt ohnehin als kontraproduktiv (UNAIDS 1997; Rosenbrock 1994). Auf der anderen Seite ist der Test angesichts wirksamer Medikation auch als Früherkennungsinstrument (Sekundärprävention) von Bedeutung. Da im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit eines früheren oder späteren Therapiebeginns keine Einigkeit in der Medizin besteht und bei der seit ca. dem Jahr 2000 vorherrschenden Präferenz für einen späteren Beginn der Medikation eine möglichst frühe Abklärung des Serostatus nicht die oberste Priorität haben kann, ergeben sich auch daraus keine verbindlichen Kriterien der Testvornahme. Tatsächlich haben sich ca. 80 % der MSM im Alter von 30 und mehr Jahren in den letzten Jahren ohnehin mindestens einmal testen lassen (Bochow et al. 2004), mit Tendenz der Zunahme.

c) Die ursprünglich für MSM formulierten Präventionsbotschaften sollten möglichst einfach, lustvoll lebbar und klar zu kommunizieren sein. Deshalb beschränkten sie sich auf die Forderung, bei jedem penetrierenden Geschlechtsverkehr außerhalb strikter Monogamie ein Kondom zu verwenden und bei *fellatio* nicht in den Mund zu ejakulieren (Rosenbrock 1986). Dabei wurde in Kauf genommen, dass mit diesen Botschaften Safer Sex, aber nicht Safe Sex propagiert wurde: Infektionen durch Handhabungs- und Materialfehler beim Kondom sowie vereinzelte (nie schlüssig dokumentierte) Übertragungen beim Oralverkehr ohne Ejakulation konnten so nicht ausgeschlossen werden. Mit dieser – im Kern also kompromisshaften – Vorgabe wurden vor allem in verschiedenen MSM-Szenen freilich Diskussions- und Suchprozesse in Richtung auf die Erweiterung der sexuellen Interaktionsmöglichkeiten angestoßen. Es kam zu einer zunehmenden Differenzierung der Präventionspraxis auf Basis individueller Aushandlung (*negotiated safety*). Folge war z. B. das Aufkommen der – riskanten – Praxis des coitus interruptus beim Analverkehr ohne Kondom, dessen Übertragungsrisiko von vielen gleichwohl als im Rahmen von Safer Sex liegend eingeschätzt wird. In dem Maße, wie *safety* verhandelt wird und sich folgerichtig die ursprünglich einfachen Safer Sex Regeln differenzieren und individualisieren, kommt es auch zu individuellen und gemeinsamen Fehleinschätzungen oder Missverständnissen, mit der Folge steigender Infektionsrisiken. Zeitgleich und verbunden mit dieser Entwicklung bildeten sich in den Subkulturen der MSM unterschiedliche Szenen, Praktiken, Kommunikationsformen und sexuelle Gesellungsstile je nach Serostatus und Medikation heraus (Marcus 2007). *Sero-sorting* und *strategic positioning* wurden in einzelnen Szenen zu Instrumenten der Risikominimierung, auch dies verbunden mit vielfältigen Möglichkeiten der Fehleinschätzung und Missverständnissen in der Kommunikation (z. B. über den Serostatus oder das akzeptierte Risikoniveau beim Sex) (van de Ven et al. 2002; Schmidt et. al. 2007). Hier liegen große – theoretisch und praktisch noch nicht befriedigend beantwortete – Herausforderungen für die Anpassung der AIDS-Prävention an gewandelte und sich weiter wandelnde Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen.

d) In den letzten Jahren haben sich Orte und Medien der Anbahnung sexueller Kontakte in MSM-Szenen substanziell verändert. Vor allem in Großstädten nehmen Anzahl und Nutzung von Clubs und Parties mit der expliziten Zielsetzung sexueller Begegnungen stark zu. Zum Teil sprechen diese Veranstaltungen unterschiedliche Sex-Szenen an und damit auch – implizit – Männer mit einem bestimmten Serostatus (Marcus 2007). Zudem gewinnt das Internet als Medium der Kontaktsuche und -anbahnung eine immer wichtigere Rolle (Bochow/Grote 2007). In beiden Entwicklungen

liegen Risiken und Chancen für die AIDS-Prävention, die zunächst einmal wissenschaftlich zu ergründen wären, bevor sich die Akteure der Prävention konzeptionell und praktisch darauf einstellen können.

e) Über den neuen Entwicklungen im Gegenstandsbereich der HIV/AIDS-Prävention sollte nicht vergessen werden, dass aus den Zeiten das ‚alten' AIDS immer noch eine Reihe von ungelösten Problemen auf ihre erfolgreichere Bearbeitung warten. Für die Präventionsbotschaften schwer erreichbar sind nach wie vor zahlreiche Gruppen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund: Sprachliche und kulturelle Barrieren sowie verbreitete Gefühle der Entwurzelung behindern bei diesen Menschen die Annahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft. Ungelöst ist bislang auch das Problem, dass generell Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sich überproportional häufig infizieren, von der Prävention also weniger erreicht werden. Große Defizite der HIV/AIDS-Prävention gibt es auch nach wie vor sowohl im Bereich der nicht-professionellen Sex-Arbeit, d. h. in der Armuts- und Beschaffungsprostitution (z. B. bei Strichern) und im Gefängnis.

6.2.4.5 Weiterentwicklung der Prävention

997. Normalerweise würde eine aufgeklärte Gesundheitspolitik auf solche überkommenen Defizite, Ermüdungserscheinungen und neuen Entwicklungen mit Nachjustierungen in der Kampagne reagieren. Dabei werden jene Elemente, die nicht mehr so stark wirken, wie sie sollen, daraufhin betrachtet, wie man sie verändern und verbessern oder aber auch austauschen kann. Ein solches Vorgehen stößt auf die Schwierigkeit, dass nicht geklärt werden kann, welche Elemente oder Komponenten der Kampagne eigentlich wie stark – jedes für sich und in Synergie miteinander – gewirkt haben und wirken. Das liegt daran, dass in den achtziger Jahren das Modell der gesellschaftlichen Lernstrategie ohne begleitende Qualitätssicherung und Evaluation – dem Druck der Ereignisse folgend – in allen westeuropäischen Ländern mit allen Komponenten eingesetzt worden ist. Abschätzen lässt sich deshalb lediglich der – sehr hohe – Gesamteffekt der Prävention, denn er differiert zwischen den Staaten und Regionen je nachdem, wann, bei welcher epidemiologischen Ausgangslage und mit welcher Intensität und Vollständigkeit die Prävention organisiert worden ist (IGES 2003).

Deshalb ist auch nicht bekannt, was im Einzelnen den Erfolg erklärt: War es

– der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von den betroffenen Gruppen organisierter Kampagnen in Verbindung mit massenhafter persönlicher Beratung?

– Die Qualität der Botschaften und ihrer Übermittlung?

– Das solidarische gesellschaftliche Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen auch in Scham- und Tabubereichen ermöglichte?

– Die Erweiterung der Gesundheitserziehung um Elemente der Beeinflussung der Lebenslage?

– Der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen, vor allem der *gay community*?

– Oder waren es der Problemdruck und die Angst durch die massenhafte persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, Sterbenden und Toten im persönlichen Umfeld?

Wahrscheinlich war all dies wichtig und wahrscheinlich erklärt sich der Gesamterfolg aus der Synergie dieser Komponenten. Aber derartig vage Vermutungen reichen nicht aus, um eine im Prinzip bewährte Strategie weiterzuentwickeln oder zu modifizieren. Zudem sind etliche dieser Faktoren (z. B. das ‚solidarische gesellschaftliche Klima' oder der ‚soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen') nicht ohne weiteres durch politische Steuerung modellierbar. Damit sprechen sowohl strategische (siehe oben) wie auch Argumente der Machbarkeit gegen tiefgreifende Änderungen an der bisherigen Strategie.

998. Deshalb stellt sich aktuell die Aufgabe, innerhalb dieser Strategie nach Möglichkeiten bzw. Erweiterungen zu suchen, die angemessene Antworten auf die Herausforderungen geben, die durch den Wandel zum ‚neuen' AIDS, die Differenzierung von Aushandlungen und Praktiken, die neuen Wege der Anbahnung und des Sexkontaktes sowie auch durch die immer schon unbefriedigend bearbeiteten Zielgruppen und Probleme gegeben sind. Denn eins scheint sicher: Mit einer bloßen Fortschreibung bisheriger Botschaften, Formen und Medien der AIDS-Prävention dürfte dem perspektivisch auch epidemiologisch bedrohlichen Abbröckeln präventiven Verhaltens nicht beizukommen sein, wohl auch nicht mit dem Rezept ‚mehr von demselben wie bisher'.

999. Die Annahme dieser Herausforderung durch die staatliche Gesundheitspolitik würde damit beginnen, die in vielen Ländern (und auch in Deutschland) vorschnell heruntergefahrene Förderung sozialwissenschaftlicher Grundlagenforschung zu den Ursachen dieser Entwicklung und möglichen Wegen, ihr zu begegnen, zügig wieder aufzunehmen bzw. zu verstärken. Die dazu laufenden und zur Förderung vorgesehenen Projekte (Aktionsplan 2006) reichen sicherlich weder von der Themenwahl noch vom Umfang her aus, um dies zu bewerkstelligen. Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung, für die es nur eine öffentliche Finanzierung geben kann, steht vor der Aufgabe, die im realen Leben eingetretenen und sich weiter entwickelnden Differenzierungen zu beschreiben und zu verstehen, um die wissensmäßigen Grundlagen für Interventionen zu legen, die dieser Realität entsprechen. Dazu gibt es keine Alternative. Differenziert nach Teilgruppen (Alter, Serostatus, ‚Szene', sozioökonomische Kriterien) wäre die Wirkung des Übergangs vom ‚alten' zum ‚neuen' AIDS auf Problem- und Risikowahrnehmung, auf Präventionsbereitschaft und präventive Praxis zu erforschen. Zu klären wären die Risiken und Chancen der Differenzierung und Individualisierung des individuellen und szenespezifischen Managements des

Infektionsrisikos ebenso wie die Risiken und Chancen des Internets als Medium der Kontaktaufnahme und der Prävention sowie die Konsequenzen der sozialräumlichen Verlagerungen des Sexlebens von MSM durch zielgruppenspezifisch organisierte Clubs und Parties.

Die Umsetzung dieser Befunde ist Aufgabe der schon bisher damit befassten Akteure, in erster Linie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der AIDS-Hilfen, die deshalb auch schon in den Entwurf und die Formulierung entsprechender Forschungsstrategien einbezogen werden müssen.

1000. Erhebliche Synergiegewinne wären dabei von der Einrichtung einer handlungsfähigen Koordinierungszentrale für die AIDS-Prävention auf nationaler Ebene zu erwarten. Gegenwärtig erfüllen sowohl die BZgA als auch das Robert-Koch-Institut als auch das Bundesministerium für Gesundheit wichtige Aufgaben auf diesem Gebiet, ohne dass das Verhältnis zwischen ihnen sowie zu Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene klar geregelt wäre. Dies entspricht auch nicht der – von Deutschland unterstützten – UNAIDS-Strategie der ‚3 One's': Eine nationale Strategie, ein national zuständiges Organ, ein nationales Monitoring- und Evaluationsprogramm (UNAIDS 2006). In den meisten anderen Ländern ist es dagegen schon heute üblich, dass eine nationale Behörde für die Erstellung eines umfassenden regelmäßigen Berichts zum Stand und den Perspektiven der Prävention zuständig ist, auf dessen Grundlage Empfehlungen erarbeitet werden (vgl. z. B. für die Schweiz BAG 2003). Der Anspruch einer Bestandsaufnahme dieser Art besteht weder darin, die Effekte jeder einzelnen Maßnahme auszuwerten, noch absolute Aussagen über die Zukunft der Prävention zu treffen. Es geht vielmehr darum, in regelmäßigen Abständen wichtige Trends auf Grundlage aller vorhandenen Datenquellen zu beschreiben, Forschungsbedarfe aufzuzeichnen und richtungweisende Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsmaßnahmen herauszuarbeiten. Neben den drei regelmäßig durchgeführten Wiederholungsuntersuchungen (Surveillance-Daten des RKI samt Sentinel-Studie, die BZgA-Befragungswellen der Allgemeinbevölkerung und die im Auftrag der BZgA durchgeführte Befragung homosexueller Männer über die schwule Presse) gibt es diverse Einzelarbeiten, die in erster Linie im Auftrag des BMG oder der BZgA, aber auch im Auftrag regionaler Zuwendungsgeber durchgeführt worden sind. Diese und weitere Informationsquellen sollten von der einzurichtenden bzw. aus dem Kreis der Akteure zu benennenden Koordinierungsstelle bei der Zusammenstellung aller in Deutschland vorhandenen Forschungsergebnisse berücksichtigt und mit relevanten internationalen Quellen verglichen werden.

1001. Entsprechend der Grundtendenz der Differenzierung und Individualisierung des potentiell riskanten Sexgeschehens, aber auch der gelingenden wie scheiternden Prävention müssen sich auch die lokalen bzw. regionalen Interventionen noch stärker den jeweiligen Situationen ‚vor Ort' anpassen. Dies impliziert die Notwendigkeit, die lokalen und regionalen AIDS-Hilfen mit den dazu erforderlichen Ressourcen in Form von Wissen, Qualifikation und Geld auszustatten – für Situationsanalyse, Strategiefindung, Aktionsgestaltung und Qualitätssicherung.

1002. Besonderes Augenmerk wird darauf zu legen sein, dass die Kommunikation über das Infektionsrisiko und seine Vermeidung zwischen den potentiellen Sexpartnern unmissverständlich ist. Dabei gilt es auch, an eine Grundvoraussetzung der AIDS-Strategie zu erinnern: Das einzige Ziel der Prävention ist die Minimierung der Anzahl der Neuinfektionen. Prävention hat dort anzusetzen, wo Infektionen drohen. Neben Teilszenen der schwulen Welt ist Präventionsarbeit vor allem auch in der Stricherszene, in der Beschaffungsprostitution, im Gefängnis und bei Migranten, zum Teil mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus zu leisten.

1003. Analoges gilt für die mit HIV und STD befassten Abteilungen der Gesundheitsämter, die von einem bedeutsamen Teil der schwulen Männer vor allem aus unteren Schichten und von MSM, die sich selbst nicht als homosexuell identifizieren, bevorzugt aufgesucht werden. Für diese Bevölkerungsgruppen (und möglicherweise auch noch für andere) haben die Gesundheitsämter sowohl den Vorteil, dass ‚AIDS' nicht über ihrer Eingangstür steht, und zudem Gesundheitsämter nicht wie viele AIDS-Hilfen als schwule Einrichtungen angesehen werden.

1004. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) durchgeführten Forschungs- und Interventionsprojekts zur Qualitätssicherung der HIV/AIDS-Prävention wurde eine Totalerhebung bei allen deutschen AIDS-Hilfen durchgeführt (Block 2006, Wright/Block 2005a; Wright/Block 2005b; vgl. Unterkapitel 6.5). Es zeigte sich, dass – trotz der hohen Arbeitsbelastung aus der Patienten-Betreuung und den sozialrechtlichen Problemen – nahezu alle AIDS-Hilfen nach wie vor Primärprävention betreiben. Nahezu alle haben aber auch Zweifel, ob sie diese Aufgabe so gut erfüllen, wie sie wollen und könnten. Als wichtigster einzelner Grund für zu wenig Präventionsarbeit und ihre Qualitätsmängel wird die zu geringe und mancherorts auch absolut zurückgehende materielle Ausstattung der AIDS-Hilfen genannt. Vor allem bei kleinen AIDS-Hilfen mangelt es an personellen Ressourcen, um gute Präventionsarbeit zu leisten, die über das Ablegen von Flyern in Bars, Kneipen und anderen Szene-Treffs hinausgeht.

Trotz dieser Engpässe betreiben über 80 % der AIDS-Hilfen eine Qualitätssicherung ihrer präventiven Arbeit. Das ist auch ein Verdienst des Dachverbandes der AIDS-Hilfen, also der Deutschen AIDS-Hilfe. Weit über zwei Drittel der AIDS-Hilfen würde sich eine wissenschaftliche Unterstützung ihrer Arbeit wünschen, wenn diese ihren regional spezifischen Möglichkeiten und Bedürfnissen entspricht. Um das zu verdeutlichen: Bei regional oder lokal ansetzender Prävention geht es nie um die Anwen-

dung zentral vorgefertigter Rezepte. Leitlinien – mit denen die meisten AIDS-Hilfen heute schon arbeiten – markieren allenfalls einen breiten Korridor. Was konkret in diesem Korridor zu tun und zu unterlassen ist, kann nur nach den lokalen und sozialen Gegebenheiten der jeweiligen AIDS-Hilfe und in Zusammenarbeit mit den lokalen Präventionsfachleuten und den ehrenamtlichen Präventionsaktivisten entschieden werden. Das setzt ein gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Wissenschaftlern und AIDS-Helfern voraus und mündet in die Produktion lokal entworfener und umgesetzter Kampagnen, Maßnahmen, Aktionen und Ansätze. In der professionellen Organisationsentwicklung – z. B. im privatwirtschaftlichen Bereich – sind diese Ansätze unter dem Stichwort *local theory* schon seit langem bekannt. Für die AIDS-Hilfen ist diese Form der partizipativen Qualitätsentwicklung erst noch zu entwickeln. Im Ergebnis kommt es dann zu maßgeschneiderten Aktivitäten im Hinblick auf verschiedene Teilszenen und ihre Treffpunkte, also zu einer sozial und sozialräumlich verstärkten Differenzierung, meist unter Einschluss von Aufmerksamkeit stiftenden Aktionen und zugehender Beratung, integriert in die soziale und sexuelle Wirklichkeit der jeweiligen Zielgruppen.

1005. Die Einsatzbereitschaft der Deutschen AIDS-Hilfe und der regionalen AIDS-Hilfen für die Steigerung der Qualität durch gleichberechtigten Dialog mit der Wissenschaft in dem genannten WZB-Projekt ist hoch, obgleich die Mitarbeit in diesem Projekt für die AIDS-Hilfen zunächst einmal mehr Arbeit und auch Störung bedeutet. Auf Basis individueller Bestandsaufnahmen in den teilnehmenden AIDS-Hilfen werden insgesamt fünf Workshops zu Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation durchgeführt. Der Schwerpunkt des Workshop 1 ist die Frage der Bedarfsermittlung bei der Zielgruppe. Das Konzept der Zielgruppenorientierung sowie handhabbare Methoden der Einbindung der Zielgruppe in die Planung von Interventionen werden vorgestellt. Im Workshop 2 wird diskutiert, wie auf Grundlage der Bedarfsermittlung vorhandene Gesundheitsprobleme definiert und eine entsprechende Interventionsstrategie ausgearbeitet werden kann. Workshop 3 befasst sich mit der Frage der längerfristigen Teilnahme der Zielgruppe an der Durchführung und Auswertung der Interventionsstrategie. Bei Workshop 4 geht es um die Steuerung der Interventionsstrategie durch die Beteiligung aller Akteure. Der letzte Workshop in der Reihe setzt sich mit der Frage der Auswertung der geleisteten Arbeit auseinander.

Darüber hinaus wird ein elektronisches, interaktives Handbuch zu den verfügbaren bzw. mobilisierbaren Ressourcen für die Qualitätssicherung und Evaluation erarbeitet, es wird Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten geboten und ein *Peer-review*-Verfahren zwischen den AIDS-Hilfen etabliert. Dazu wird eine modellhafte, individuelle wissenschaftliche Beratung zur Entwicklung und Realisierung eigener Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen in zunächst zwölf Einrichtungen durchgeführt. Ein weiteres Ziel ist der Aufbau eines Wissenschaftlernetzwerkes, um regionale Kompetenzen in der Umsetzung des partizipativen Ansatzes in der Qualitätssicherung und Evaluation zu fördern.

1006. Von dieser Arbeit erhoffen sich alle Beteiligten einerseits einen Qualitätsschub der Präventionsarbeit und damit eine Senkung der Zahl der Neuinfektionen, andererseits aber auch die Produktion von Wissen sowohl über Modernisierungspotentiale von Inhalt und Form der Präventionsarbeit als auch über die Möglichkeiten der Qualitätssicherung von nicht-medizinischer und oft unter Einschluss des Ehrenamtes stattfindender Gesundheitsarbeit, also Ergebnisse, die weit über AIDS hinaus von Bedeutung sind.

6.2.4.6 Zwischenfazit und Empfehlungen

1007. Der Anstieg der Anzahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in den letzten Jahren in Deutschland ereignet sich sowohl in der Gruppe der MSM als auch im heterosexuellen Verkehr. Der Rat sieht darin jedoch nicht ein Versagen des in den achtziger Jahren etablierten Präventionsmodells der multimodalen Mehrebenenkampagne ‚Gib Aids keine Chance'. Dieses Modell beruht auf abgestimmter Arbeitsteilung zwischen staatlichen Stellen und Nichtregierungsorganisationen, auf Partizipation der betroffenen Gruppen, auf Freiwilligkeit und dem konzertierten Zusammenwirken von massenmedial vermittelten Botschaften, zahlreichen dezentralen Aktionen in den Lebenswelten der Zielgruppen und persönlicher Beratung. Der Rat sieht diese Strategie im Hinblick auf die Prävention von Aids weiterhin als tragfähig und vorbildlich an und empfiehlt ihre Weiterentwicklung und Anpassung an die eingetretenen Veränderungen.

1008. Infolge der bahnbrechenden Erfolge der pharmakologischen Therapie der Folgen der HIV-Infektion haben sich Lebensdauer und Lebensqualität der meisten Infizierten und Kranken in Deutschland dramatisch verbessert. Die Botschaften der Prävention müssen diesem Umstand Rechnung tragen: Motiv für präventives Verhalten (Safer Sex und *safe Use)* ist nicht mehr allein die Abwehr des drohenden Todes, sondern die Erhaltung der Gesundheit für sich selbst und den jeweiligen Partner bzw. die jeweilige Partnerin. Allerdings sollte in diesem Zusammenhang die Aids-Erkrankung auch nicht verharmlost werden.

1009. Botschaften, Medien und Zielorte der Prävention müssen den eingetretenen Veränderungen Rechnung tragen. Im Hinblick auf die Botschaften geht es dabei um die Differenzierung und zum Teil Individualisierung von Strategien der Risikominderung. Die darin liegenden Gefahren (Fehleinschätzungen von Risiken, Missverständnisse in der Risikokommunikation) müssen stärker bearbeitet werden. Im Hinblick auf die Medien gewinnen das Internet und E-Mail größere Bedeutung. Neuere Entwicklungen im Bereich der Freizeitkultur erfordern eine stärkere sozialräumliche Orientierung der Präventionsarbeit bis hin zu zugehender Beratung. Vor diesen neuen Problemstellungen sollte nicht vergessen werden, dass vor allem in Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sowie generell bei Menschen mit niedrigem sozio-

ökonomischen Status die Prävention auch in der Vergangenheit weniger erfolgreich war und deshalb verbessert werden muss.

1010. Als Erfolg versprechend zeigen sich auch Ansätze, welche die nach wie vor hoch motivierten lokalen und regionalen Aids-Hilfen in der Entwicklung und Sicherung der Qualität ihrer Präventionsarbeit unterstützen. Angesichts der Verschiedenheit der jeweils ‚vor Ort' anzutreffenden Gegebenheiten kann es hier keine schematischen Lösungen geben. Kriterien der Qualität und lokale Merkmale der Prävention können nur im gleichberechtigten Dialog zwischen Evaluationsexperten und Präventionspraktikern gefunden und entwickelt werden.

1011. Einen Zuwachs an Qualität der Prävention würde es aus Sicht des Rates auch bedeuten, wenn es – wie von UNAIDS mit deutscher Unterstützung empfohlen – auch in Deutschland eine für alle Aids-Fragen zuständige Stelle für Koordination und Monitoring der Aids-Aktivitäten auf den verschiedenen Politikfeldern eingerichtet würde. Die sichtbar gewordenen Defizite der Prävention verlangen auch nach sozialwissenschaftlicher Forschung über die Gründe, die soziale und regionale Verteilung der Zunahme HIV-riskanten Verhaltens sowie zur Erprobung der Wirksamkeit neuer Interventionsformen.

6.2.5 Zwischenfazit und Empfehlungen

1012. Mit Blick auf die epidemiologische Entwicklung vor allem bei chronischen, meist degenerativ verlaufenden Erkrankungen und ihre Verteilung innerhalb der Bevölkerung bekräftigt der Rat seine früheren Empfehlungen für den quantitativen und qualitativen Ausbau primärer Prävention vor allem in sozial benachteiligten und damit auch gesundheitlich besonders vulnerablen Gruppen. Aus der exemplarischen Darstellung der gesundheitlichen Problemlage und der Ansätze zur Primärprävention in den Gruppen der Arbeitslosen, der sozial benachteiligten alten Menschen, der Obdachlosen sowie im Hinblick auf HIV/Aids in den vorhergehenden Abschnitten wird deutlich, welche Implikationen mit der Zielstellung ‚Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen' verbunden sind. Gesundheitliche Vulnerabilität hat viele Quellen und nimmt viele Formen an. Wenn Gesundheitspolitik die daraus resultierenden Herausforderungen annimmt, sieht sie sich mit einer zunächst schier unübersehbar erscheidenden Vielzahl unterschiedlicher Zielgruppen und Problemlagen konfrontiert. Entwurf und Durchführung Erfolg versprechender Prävention setzt zunächst voraus, die Entstehungsbedingungen gesundheitlicher Gefährdung sowie die aktuellen Lebenslagen dieser Zielgruppen in ihren jeweiligen Lebenswelten zu identifizieren und zu analysieren. Dabei erweisen sich für die Prävention jeweils unterschiedliche Zugänge, Interventionsformen und Methoden der Qualitätssicherung als angemessen. Um die Möglichkeiten moderner Formen der Primärprävention zu nutzen, müssen jeweils spezifische Netzwerke bzw. Akteurkonstellationen motiviert und aktiviert werden. Dazu gehören auch das System der Krankenversorgung und insbesondere die ambulant tätigen Mediziner – nicht nur als Akteure für die Bewältigung bereits eingetretener Erkrankungen, sondern auch als Initiatoren, Anreger und Vermittler primärer Prävention. Regelmäßig müssen jedoch nicht nur professionelle Akteure im jeweiligen Handlungsfeld, sondern auch die Menschen aus den Zielgruppen sowie weitere zivilgesellschaftliche Akteure motiviert und aktiviert werden. Um in solchen Konstellationen der Gesundheit förderliches und Krankheit vermeidendes Verhalten zu etablieren, bedarf es vielfältiger materieller und immaterieller Anreize und Veränderungen in der Verhalten prägenden Umwelt. Hinzu kommt, dass die gesundheitlichen Wirkungen solcher Interventionen oft nicht direkt gemessen werden und die festgestellten Effekte bei den hilfsweise herangezogenen Indikatoren oft nicht direkt auf die Intervention bezogen werden können – die Effektivität vieler dieser Interventionen also plausibel und beobachtbar erscheint, aber nicht als wissenschaftlich erwiesen gelten kann. Zusammengenommen bedeutet dies, dass systematische Primärprävention in vulnerablen Gruppen eine notwendige neue Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik darstellt. Die Konturen der dafür zweckmäßigen und erforderlichen Felder und Formen der Intervention bilden sich erst langsam heraus. Diese Entwicklung kann sich nicht auf die Anwendung etablierter Regeln beschränken, vielmehr müssen Experimente zugelassen sein. Nur wenn diese – als Teil der Versorgungsforschung – zweckmäßig dokumentiert und ausgewertet werden, können die notwendigen Lerneffekte erzielt werden.

6.3 Strategien gegen gesundheitliche Ungleichheit in Europa

1013. Im Hinblick auf Bemühungen, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, ist in Deutschland in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung zu konstatieren. Das gilt sowohl für die öffentliche Wahrnehmung des Problems, als auch für den Platz des Themas auf der politischen Agenda, für die verfügbar gemachten Ressourcen wie auch für die wissenschaftliche Beschäftigung. Freilich starteten diese Verbesserungen bei einem vergleichsweise niedrigen Ausgangsniveau. Andere europäische Länder sind auf diesem Feld bereits weiter voran geschritten. Das bietet für die deutsche Gesundheitspolitik die Chance, sowohl von Erfolgen wie auch von Fehlschlägen der führenden Länder zu lernen.

1014. Der Rat hat deshalb die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die in dem EU-Projekt ‚Closing the Gap' die Federführung innehat, um einen Bericht zum Stand der Programmatik und Praxis dieses neuen Zweiges der Gesundheitspolitik auf der Ebene der EU sowie in ausgewählten Ländern gebeten. Die aus Sicht des Rates wichtigsten Befunde dieses Berichts werden im Folgenden wiedergegeben.[272]

---

[272] Der gesamte Bericht findet sich im Anhang zu diesem Gutachten.

6.3.1 Internationale Strategien zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen

1015. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1977 lancierten und mehrfach fortgeschriebenen Programme ‚Health for all' sowie ‚Gesundheit 21' haben wesentlich dazu beigetragen, die wissenschaftlichen und politischen Debatten über sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen und die Möglichkeiten ihrer Verringerung zu beleben – sowohl in einzelnen Staaten als auch auf internationaler Ebene. Die WHO legt dabei das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit zugrunde und erweitert damit konzeptionell den Bereich der Gesundheitspolitik über die Krankenversorgung hinaus in die Sphären des Arbeitmarktes, der Bildung, der Einkommensverteilung, der Mobilität, der Herstellung und des Vertriebs von Gütern und Dienstleistungen, der Erholungsmöglichkeiten, der Formen des Zusammenlebens und des persönlichen Verhaltens.

Diesen Impuls hat auch die Europäische Union (EU) spätestens mit den Ratsbeschlüssen von Nizza und Lissabon (2000) programmatisch aufgegriffen, in denen gesellschaftlicher Zusammenhalt (Kohärenz) und Gesundheit als Voraussetzung, Bestandteil und Ergebnis von Wohlstand und Innovation diskutiert und in diesem Zusammenhang auch die Verminderung von Armut und Chancenungleichheit gefordert wird. Im EU-Projekt ‚Closing the Gap' werden gesundheitsbezogene Strategien und Projekte zur Verminderung von Ungleichheit aus allen EU-Ländern gefördert und vernetzt, um gemeinsame Good Practice-Kriterien zu entwickeln, zu kommunizieren und zu verallgemeinern.

1016. WHO und EU sind internationale Körperschaften ohne direkte Kompetenzen in der je nationalen und regionalen Gesundheitspolitik. Entscheidend ist deshalb, ob und wie ihre Impulse von den Akteuren auf diesen Ebenen aufgegriffen und umgesetzt werden, ob also z. B. nationale Regierungen die Erweiterung der Handlungsfelder der Gesundheitspolitik programmatisch und praktisch übernehmen, wie sie damit verbundene Erweiterung und Diversifizierung des Kreises der gesundheitspolitisch relevanten Akteure managen, auf welche kulturellen Voraussetzungen partizipative buttom-up Ansätze dort treffen etc.. Für die Entwicklung nationaler Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit können die Stufen bzw. Phasen Leugnung, Gleichgültigkeit, Anerkennung des Problems, empirische Messung, Betroffenheit, Handlungsabsicht, Einzelinitiativen, strukturierte Entwicklungen, konzertierte politische Maßnahmen unterschieden werden (Whitehead 1998). Die diesbezüglich bereits aktiven Länder der EU können nach der Dokumentenlage klassifiziert werden (Mackenbach/Bakker 2003):

– Bericht hochrangiger, regierungsunabhängiger Experten mit Handlungsempfehlungen,

– nationales Forschungsprogramm,

– Bericht einer die Regierung beratenden Kommission,

– Regierungsdokument mit Handlungsprogramm.

Im Rahmen der britischen EU-Präsidentschaft wurde der Stand der Programmatik in den EU-Staaten untersucht: Nur in wenigen Staaten gibt es kein Regierungsdokument, das die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit als ausdrückliches Politikziel formuliert. Knapp die Hälfte der Staaten bekennen sich ausdrücklich zu diesem Ziel, und ebenfalls knapp die Hälfte haben solche Ziele in ihren Regierungsdokumenten operationalisiert und quantifiziert (Judge et al. 2006).

Die Programme lassen sich danach unterscheiden, ob sie sich auf die Verbesserung der Lage bei besonders benachteiligter Gruppen beschränken, ob sie mit solchen Bemühungen die Chancenungleichheit zwischen besonders benachteiligten Gruppen und dem Bevölkerungsdurchschnitt verringern wollen, oder ob es um die Verminderung der Chancenungleichheit in der gesamten Bevölkerung geht (GA 2005, Ziffer 200).

Mehr als die Hälfte der Regierungen sehen für die Umsetzung ihrer Programme die Notwendigkeit der ressortübergreifenden Bearbeitung, knapp die Hälfte sieht die Verantwortung ausschließlich im Gesundheitssektor angesiedelt.

Bekanntlich ist es ein weiter Weg von internationalen oder nationalen Programmen bis zu einer Praxis, die die Realität den großen Zielen näher bringt. Im Rahmen der EU scheinen auf diesem Wege vor allem Großbritannien, Schweden und die Niederlande besonders aktiv bzw. erfolgreich zu sein.

1017. Großbritannien hat 1980 mit dem Black-Report als erster EU-Staat den – auch international viel beachteten – Versuch einer umfassenden Analyse der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen hervorgebracht. Nach langer Pause wurde dann 1998 die ‚Independent Inquiry into Health Inequalities' (Acheson-Report) publiziert. Dieser Bericht empfiehlt der Regierung v. a. drei Schlüsselaktivitäten:

– Alle Politiken, die einen Einfluss auf Gesundheit haben könnten, sollen im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit untersucht werden.

– Der Gesundheit von Familien mit Kindern soll eine hohe Priorität gegeben werden.

– Es sollten Schritte zur Reduzierung von Einkommensunterschieden sowie zur Verbesserung des Lebensstandards von armen Haushalten unternommen werden.

Zentrale Anregungen des Acheson-Reports wurden 1999 in das nach breiter öffentlicher Zieldebatte verabschiedete, nach Zielgruppen und Gesundheitsrisiken differenzierende Regierungsprogramm ‚Saving Lives: Our Healthier Nation' übernommen. Die Strategie benennt zwei Oberziele:

– *„To improve the health of the population as a whole by increasing the length of people's life and the number of years people spend free from illness.*
– *To improve the health of the worst off in society and to narrow the health gap." (Department of Health 1999).*

Aus diesen Oberzielen werden zahlreiche krankheits- und gruppenspezifische Einzelziele abgeleitet und mit Handlungsempfehlungen an Behörden, die Wirtschaft und die Bevölkerung abgeleitet. Die Umsetzung soll auf kommunaler und regionaler Ebene in intersektoraler Zusammenarbeit mit dem NHS erfolgen. Neben themenspezifischen Programmen und Kampagnen (Ernährung, Bildung, HIV-Prävention, ‚Smoking kills' etc.) werden vor allem partizipativ aktivierende, sozialräumliche Ansätze verfolgt, vor allem in *Health Action Zones* bzw. *Spearhead Groups* (mit einer Kumulation sozialer und gesundheitlicher Probleme). Als Erfolgsindikatoren wurden z. B. definiert:

– Signifikante Verminderung der HKK-, Krebs- und Diabetes-Morbidität,
– Verringerung von Teenagerschwangerschaften,
– Reduktion von Straßenunfällen,
– Vermehrung und Verbesserung der Primary Care Services,
– Zunahme der Beteiligung an Grippeschutzimpfungen,
– Förderung des Nichtrauchens,
– Verbesserung der Bildungsabschlüsse,
– Erhöhung des Gemüse- und Obstverzehrs,
– Verbesserung der Wohnbedingungen,
– Förderung des Schulsports,
– Verringerung der Kinderarmut,
– Verringerung der Zahl wohnungsloser Familien.

Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wurde mit der Entwicklung von Leitlinien für wirksame Interventionen beauftragt.

Der sogenannte Wanless Report, der sowohl dem Gesundheits- als auch dem Finanzministerium und dem Premierminister vorgelegt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit bislang kontinuierlich Strategien und Theorien produziert wurden, die aber in der Praxis noch nicht wirklich gegriffen haben. Er empfiehlt daher, das geschaffene, reiche Instrumentarium zunächst einmal zu testen und zu evaluieren und dabei insbesondere auch auf die regional unterschiedlich ausgeprägten fördernden und hemmenden Bedingungen der Umsetzung zu achten (Wanless 2002). Eine aussagefähige Evaluation dieser Strategie liegt bislang nicht vor.

1018. Schweden weist als klassischer Wohlfahrtsstaat im Hinblick auf Gesundheit wie auch auf gesundheitliche Ungleichheit vergleichbar günstige Daten auf. Das Thema gesundheitlicher Ungleichheiten gelangte in den 1990er Jahren auf die politische Agenda, im Jahre 1997 wurde ein nationales Forschungsprogramm zur gesundheitlichen Ungleichheit aufgelegt. Zugleich wurde vom Gesundheitsministerium eine Public Health Kommission (Wissenschaft, Behörden, Gewerkschaften, Arbeitgeber, Parteien) mit dem Entwurf einer Regierungsstrategie beauftragt. Die Kommission betrachtete zunächst die Entwicklung der Gesundheit verschiedener Gruppen und analysierte die für diese Entwicklungen verantwortlichen Faktoren. In einem zweiten Schritt wurden die daraus folgenden Herausforderungen für die Politik analysiert; im dritten Schritt wurden Ziele und Verantwortlichkeiten vorgeschlagen. In ihrem im Jahre 2000 vorgelegten Schlussbericht schlug die Kommission der Regierung 18 Ziele zu sechs Themenbereichen vor. Die Regierung verdichtete diese Vorschläge in einem ‚Weißen Papier' auf drei Themenbereiche mit 11 Zielbereichen und 18 Indikatoren. Dieses sehr anspruchsvolle Zielsystem ist für die internationale Entwicklung der Präventionspolitik insbesondere deshalb so bedeutsam, weil es wie kein anderes nationales Programm die Sozialstruktur, die Lebensbedingungen und die Lebenswelten (Settings und Umwelt) in den Vordergrund der Interventionen stellt und Lebensstile und Verhalten erst als dritten Themenbereich abhandelt. Diese Ziele gingen auch in das Public Health Gesetz ein, das vom schwedischen Parlament im Jahr 2003 verabschiedet wurde und zum Ziel hat, die Gesundheit aller Bürger sicherzustellen und Chancen-Ungleichheiten aufgrund von sozialem Status, Geschlecht und Alter abzubauen.

1019. Die Regierungsbehörden aller Ressorts auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene sind aufgefordert, intersektorale Strategien zu entwickeln und umzusetzen, die der Erreichung des übergeordneten Ziels der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit und der Indikatoren für die elf Zielbereiche in den drei Themenbereichen dienlich sind. Über ihre Konzepte, Kooperationen, Aktionsformen und Erfahrungen sollen sie öffentlich Bericht erstatten. Eine aussagefähige Evaluation dieser Strategie liegt bislang nicht vor.

1020. In den Niederlanden wurde – angestoßen durch die Debatten um das WHO-Programm ‚Health for All' in den Jahren 1989–1994 – ein nationales Forschungsprogramm über Umfang, Art, Ursachen und Strategien der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit durchgeführt und von einer Expertenkommission begleitet (Ginjaar-Kommission). Zugleich wurden zur Ermöglichung von Längsschnittbetrachtungen Merkmale des sozio-ökonomischen Status in die Krankheits- und Sterbe-Register aufgenommen. In einem zweiten, praxis-orientierten Forschungsprogramm wurde von 1995–2001 in ca. 12 großen Evaluationsstudien die gesundheitliche Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Interventionen und allgemein politischen Maßnahmen untersucht (Albeda-Kommission). Auf Basis der Befunde zu erfolglosen wie erfolgreichen Ansätzen definierte die Kommission vier Eintrittspunkte sowie elf (quantifizierte) Ziele für eine präventionspolitische Strategie, für deren Umsetzung sie 16 Empfehlungen aussprach.

Abbildung 44

Das Zielsystem der Public Health Politik in Schweden (2003)

11 Zielbereiche	**3 Themenbereiche**	**38 Indikatoren**
1. Partizipation und Einfluss in der Gesellschaft	Sozialstruktur und Lebensbedingungen	1. Wahlbeteiligung 2. Geschlechtergerechtigkeit 3. Beschäftigungsgrad (Messung auf kommunaler Ebene)
2. Wirtschaftliche und soziale Absicherung		4. Einkommensungleichheit (Gini Koeffizient) 5. Armut (< 50 % des mittleren Einkommens) bei kinderreichen Familien, Rentnern, Kranken und Behinderten 6. Krankheitsindex (Krankengeld, Frühberentung) 7. Arbeitslosenquote (kommunal)
3. Günstige Lebensumstände in Kindheit und Jugend		8. Eltern-Kind-Beziehung 9. Ausbildung von Vorschul-Angestellten 10. Bildungsabschlüsse durch Grund- und weiterführende Schulen 11. Grad der Partizipation in der Schule durch Schüler 12. Behandlung der Schüler durch Lehrer, Erwachsene und Gleichaltrige (national)
4. Gesundes Arbeitsleben	Setting und Umwelt	13. Berufsbezogener Gesundheitszustand 14. Gefahrenindex 15. Berufsstressindex (regional)
5. Gesunde und sichere Umwelt und Produkte		16. Stickstoffdioxidgehalt in der Luft (kommunal) 17. Ausmaß chemischer Verunreinigung in Muttermilch (national) 18. Lärm exponierter Bevölkerungsanteil (kommunal) 19. Inzidenz tödlicher oder behandlungsbedürftiger Unfälle (kommunal)

noch Abbildung 44

11 Zielbereiche	3 Themenbereiche	38 Indikatoren
6. Gesundheitsfördernde Gesundheitsdienste		20. In Entwicklung
7. Schutz gegen ansteckende Krankheiten		21. Inzidenz meldepflichtiger Krankheiten (regional) 22. Jährlicher Follow Up der Impfabdeckung von Kindern (kommunal) 23. Jährlicher Follow Up der antimikrobiellen Resistenz (regional)
8. Sichere Sexualität und reproduktive Gesundheit	Lebensstile und Gesundheitsverhalten	24. Anzahl der Schwangerschaften und Abtreibungen unter 20 Jahren (kommunal) 25. Inzidenz von Chlamydia Infektionen 15–29 Jahre (regional)
9. Steigerung körperlicher Aktivität		26. Körperlich aktiver Bevölkerungsanteil (national) 27. Anteil Jugendlicher mit Pass Grade ‚Gesundheit und körperliche Aktivität‘ (national) 28. Zu Fuß gehender oder Fahrrad fahrender Bevölkerungsanteil (regional)
10. Gesundes Ernährungsverhalten und sichere Nahrungsmittel		29. Body Mass Index (regional) 30. Täglich 500 g Obst und Gemüse verzehrender Bevölkerungsanteil (national) 31. Stillquote 4 und 6 Monate (kommunal) 32. Inzidenz von Nahrungsmittelinfektionen (kommunal)
11. Einschränkung von Tabak- und Alkoholverzehr, Drogen- und Spielsucht		33. Rauchen (kommunal) 34. Passivrauchen (regional) 35. Alkoholverzehr (kommunal) 36. Alkoholbedingte Mortalität (kommunal/national) 37. Drogenmissbrauch (regional) 38. Drogenbedingte Mortalität (kommunal/national) 39. Spielsucht (national)

Quelle: Ministry of Health and Social Affairs 2002 (vgl Tabelle A 1)

Abbildung 45

Eintrittpunkte, Ziele und Empfehlungen zur Präventionspolitik in den Niederlanden

4 Eintrittspunkte	**11 Ziele**	**16 Empfehlungen**
1. Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen	1. Anteil der Kinder aus benachteiligten Elternhäusern in weiterführenden Schulen bis 2020 auf über 25 % steigern 2. Die Höhe der Einkommensungleichheiten auf dem Niveau von 1996 halten (Gini-Koeffizient 0.24). 3. Anteil der Haushalte mit einem Einkommen unter dem ‚sozialen Minimum' bis 2020 auf 8 % senken	1. Politik fortführen, die Bildungsabschlüsse sozial benachteiligter Kinder fördert 2. Steigerung in der Einkommensungleichheit durch angemessene Steuer- und Sozialversicherungspolitik zuvorkommen 3. Intensivierung der Politik gegen Armut, insbesondere diejenige, welche Langzeitarmut durch spezielle Fürsorgemaßnahmen und bezahlte Arbeit entlastet 4. Weiterentwicklung spezieller Fürsorgemaßnahmen für Familien, deren finanzielle Armut die Gesundheit ihrer Kinder schädigt
2. Verminderung des Einflusses gesundheitlicher Probleme auf den individuellen sozioökonomischen Status	4. Arbeitsunfähigkeits-Rente auf dem Niveau von 2000 halten 5. Berufstätigkeit bei chronisch kranken Erwachsenen bis 2020 auf über 57 % steigern	5. Fürsorge für Arbeitsunfähige, insbesondere für diejenigen, die ihrer Arbeit auf Grund von Berufskrankheiten teilweise oder gar nicht mehr nachgehen können 6. Anpassung der Arbeitsbedingungen für chronisch Kranke und Behinderte zur Steigerung der Teilhabe am Arbeitsmarkt 7. Gesundheitliche Maßnahmen für dauerhafte Sozialhilfeempfänger, um Barrieren zum Arbeitsmarkt zu beseitigen 8. Entwicklung von Beratungsmaßnahmen für Schüler, die krankheitsbedingt der Schule fernbleiben

noch Abbildung 45

4 Eintrittspunkte	11 Ziele	16 Empfehlungen
3. Verminderung der Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Bedingungen und Verhaltensweisen	6. Soziale Unterschiede der Rauchprävalenz um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Raucher mit niedriger Bildung bis 2020 auf unter 32 % gesenkt wird 7. Soziale Unterschiede der Häufigkeit körperlicher Aktivität um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Inaktiven mit niedriger Bildung bis 2020 auf unter 49 % gesenkt wird 8. Soziale Unterschiede der Häufigkeit von Übergewicht um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Übergewichtigen mit niedriger Bildung bis 2020 auf unter 9 % gesenkt wird 9. Soziale Unterschiede der gesundheitsschädigenden körperlichen Arbeit um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Personen mit niedriger Bildung, die Beschwerden aufweisen, bis 2020 auf unter 43 % gesenkt wird 10. Soziale Unterschiede der Kontrolle am Arbeitsplatz um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Personen mit niedriger Bildung, die Kontrolle über ihren Arbeitsablauf haben, bis 2020 auf über 68 % gesteigert wird	9. Gesundheitsförderungsprogramme den Bedürfnissen sozial Benachteiligter anpassen, insbesondere durch umweltbezogene Maßnahmen wie Obstausgabe in Grundschulen oder Erhöhung der Tabaksteuer 10. Einführung von Gesundheitsförderungsprogrammen an Schulen, die das Gesundheitsverhalten der sozial benachteiligten Kinder günstig beeinflussen (besonders Rauchen) 11. Einführung von Gesundheitsförderung in Programmen zur Stadtentwicklung 12. Einführung technischer und organisatorischer Maßnahmen, die körperliche Belastungen in manuellen Berufen reduzieren

noch Abbildung 45

4 Eintrittspunkte	11 Ziele	16 Empfehlungen
4. Angebot zusätzlicher kurativer Maßnahmen für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status	11. Soziale Unterschiede der Nutzung des Gesundheitssystems (Arztbesuche, Krankenhauseinweisungen, Medikamentenverschreibung) auf dem Niveau von 1998 halten.	13. Erhalt guter finanzieller Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung für sozial Benachteiligte 14. Dem Ärzteschwund in benachteiligten Gegenden entgegensteuern 15. Akutversorgung in benachteiligten Gegenden verbessern durch die Anstellung von Professionellen, z. B. zur Durchführung von kardiovaskulärer Prävention und besserer Versorgung chronisch Kranker 16. Einführung ortsnaher Netzwerke zur Prävention von Obdachlosigkeit und anderer sozialer Probleme bei chronisch Kranken

Quelle: Mackenbach/Stronks 2002

Infolge von Veränderungen in der Regierungskoalition wurde die in diesen Empfehlungen enthaltene gesundheitspolitische Programmatik seit 2002 auf nationaler Ebene kaum noch weiter verfolgt. Bedeutsamer waren und sind die Aktivitäten auf kommunaler Ebene, die vom Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (NIGZ) konzeptionell und praktisch unterstützt werden. Insbesondere in den 31 Großstädten der Niederlande läuft von 2005-2009 ein mit 25 Mio. Euro ausgestattetes Programm zur Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit. Wichtige Themen bilden die Gemeinwesenarbeit, soziale Integration, Jugendgesundheit, Übergewicht sowie die Ausrichtung der Gesundheitsdienste auf das Ziel der Chancengleichheit. Erste Evaluationsergebnisse zu diesem Programm werden für das Jahr 2007 erwartet.

Ein durchgängiges Problem nationaler Programme und ihrer Evaluation besteht darin, dass die Projekte, die dadurch ausgelöst werden, eine solche Vielfalt aufweisen, die eine Standardisierung verbietet. Dies erschwert sowohl die Qualitätssicherung als auch die Evaluation. Als Ausweg werden verstärkt in der gewerblichen Wirtschaft entwickelte und dort bewährte Ansätze des Benchmarkings und der Arbeit mit Good Practice bzw. Best Practice an die Bedingungen der Arbeit im Gesundheitsbereich adaptiert. Diesen Weg beschreitet auch das von der EU geförderte Projekt zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ‚Closing the Gap'. Projekte aus diesem Bereich haben die Chance, in die Datenbank von bislang ca. 90 Good Practice-Projekten aufgenommen zu werden, wenn sie folgende Merkmale aufweisen:

Good Practice-Kriterien für soziallagenbezogene Präventionsansätze im EU-Projekt ‚Closing the Gap'

Inhalt

Die Intervention

– soll die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten als klares Ziel formuliert haben (s. Graham/Kelly 2004 zur Definition der Verminderung);

– soll sich hauptsächlich auf sozio-ökonomisch benachteiligte Personen beziehen, d. h. Personen mit niedrigem Bildungsstand, Berufsstatus oder Einkommen, in benachteiligten Wohngebieten oder mit Migrationshintergrund;
– wurde vom Gesundheitssektor initiiert oder ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit anderen Sektoren.

Effektivität

Die Intervention hat den beabsichtigten oder erwarteten Effekt. Dies muss nicht unbedingt durch eine Evaluation belegt sein. Oft gibt es gute Projekte, die aus Mangel an Ressourcen (noch) nicht evaluiert werden konnten. In diesem Fall können Professionelle im Feld beurteilen, in wie fern die Ziele der Intervention erreicht wurden und dies an spezifischen Anhaltspunkten belegen. (In diesem Zusammenhang ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass eine Intervention in unterschiedlichen sozio-ökonomischen Gruppen unterschiedliche Effekte haben kann. Im schlimmsten Fall kann sie die gesundheitliche Schere unbeabsichtigt vergrößern. Daher ist es wichtig zu prüfen, ob eine Intervention in einer spezifischen Schicht die anvisierten Ziele auch tatsächlich erreicht.)

Dokumentation

Die Intervention muss in nachvollziehbarer Weise schriftlich dokumentiert sein (Konzept, Ziele und Arbeitsmethoden), und diese Dokumentation sollte für Interessierte zugänglich sein.

Diversität

Die Interventionen eines Projektpartnerlandes sollten
– geographisch gut verteilt sein;
– verschiedene Aspekte abdecken in Bezug auf
  a) Zielgruppen (Alter, Geschlecht, soziale Benachteiligung)
  b) Umwelt (Stadt, Land) und Interventionsfelder/Determinanten (Lebensstil, soziale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen, allgemeine soziale, kulturelle und umweltbezogene Umwelt; vgl. Dahlgren/Whitehead 1991).

Zeitrahmen

Es ist günstig, wenn die Intervention noch besteht, da Informationen besser zugänglich sind.

Qualität

Die Intervention sollte drei der nachfolgenden Elemente in beispielhafter Weise erfüllen (zur Definition dieser Elemente wurde nach internationalem Diskurs in Closing the Gap ein Manual entwickelt):
– Bedarfsanalyse
– Niedrigschwelligkeit
– Partizipation der Zielgruppe
– Befähigung der Zielgruppe
– Settingansatz
– Intersektorale Zusammenarbeit
– Multiplikatorenkonzept
– Qualitätsmanagement
– Evaluation
– Proportionalität von Kosten und Nutzen
– Nachhaltigkeit

Quelle: BZgA 2007b

1021. Basierend auf den Erkenntnissen von ‚Closing the Gap' regen die BZgA und ihre Kooperationspartner die Fachöffentlichkeit an, bei der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Deutschland folgenden Aspekten Rechnung zu tragen:

– Berücksichtigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten ein gesamtgesellschaftliches Problem sind: Die Notwendigkeit der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten leitet sich aus dem Gerechtigkeitsprinzip ab. Nach Artikel 3 des Grundgesetzes soll keine systematische Benachteiligung von Personen bestehen. Außerdem sind mit schlechter Gesundheit spezifischer Personengruppen erhebliche Kosten verbunden, die sich über Behandlung und insbesondere Arbeitsunfähigkeit ergeben. Daher sollte erstens das gesellschaftliche Bewusstsein über ungleiche gesundheitliche Chancen gestärkt werden, zweitens sollten verstärkt Anstrengungen unternommen werden, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Dabei sollten soziale Ungleichheiten nicht nur als Problem von armen oder benachteiligten Bevölkerungsgruppen betrachtet werden. Es ist notwendig, den gesamtgesellschaftlichen sozialen Gradienten von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen.

– Soziale Einflussfaktoren anerkennen und sektorübergreifend zusammenarbeiten: Die sozialen Einflussfaktoren von Gesundheit beinhalten allgemeine ökonomische, kulturelle und umweltbezogene Gesellschaftsbedingungen, individuelle Lebens- und Arbeitsdingungen, soziale Netzwerke sowie gesundheitsrelevantes Verhalten. Entsprechend können Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit Maßnahmen in Umwelt-, Bildungs-, Beschäftigungs-, Sozial- und Gesundheitsbereichen sowie Maßnahmen der Stadtentwicklung sein. Weitere, auf das Individuum bezogene Maßnahmen können beispielsweise die Lebensverhältnisse des Einzelnen, die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitsverhalten betreffen. Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten kann nicht alleine durch das Gesundheitswesen gelöst werden, sondern es werden sektorübergreifende Strategien benötigt, an denen weitere gesellschaftliche Bereiche (insbesondere Beschäftigungs-, Bildungs- und Sozialwesen) beteiligt sind. Hierbei kann der Finnische ‚Health-In-All-Policies' Ansatz als Vorbild genutzt werden, weil er die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Themenfeldern verankert.

– Ziele klar formulieren: Bei lokalen und überregionalen Maßnahmen ist es wichtig, klare Ziele zu formulieren, die in einem festgelegten Zeitrahmen durch verantwortliche Akteure umgesetzt werden sollen. Bei der Umsetzung von Zielen und zur Evaluation der Wirksamkeit von Aktivitäten helfen handhabbare Merkmale, die sowohl soziale als auch gesundheitliche Einflussfaktoren berücksichtigen. Die schwedische Public Health Politik setzt dies beispielhaft um und nutzt Merkmale wie Anzahl der Bildungsabschlüsse, Erwerbstätigen- und Arbeitslosenquote, Krankheitsinzidenzen, Mortalitätsraten etc.

– Zielgruppen genau festlegen: Neben der sozialen Lage beeinflussen u. a. auch Lebensalter und Geschlecht den Gesundheitszustand. Zielgruppenspezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten so früh wie möglich, d. h. in Schwangerschaft und früher Kindheit, durchgeführt werden, so wie es bereits in England der Fall ist. Doch auch bei älteren Menschen erzielen Prävention und Gesundheitsförderung gute Ergebnisse. Angesichts des demografischen Wandels stellen sich hier neue Herausforderungen.

– Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Menschen ansetzen: Um sozial benachteiligte Menschen zu erreichen, sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung unmittelbar in deren Lebenswelten (Stadtteil, Schule, Kinderbetreuungseinrichtungen, Betrieb) stattfinden. Ziele und Inhalte der Maßnahmen sollten unter Beteiligung der Zielgruppe entwickelt werden. Dabei sind sowohl Veränderungen der Lebensverhältnisse in den Blick zu nehmen als auch die Befähigung der Menschen, aktiv auf die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen Einfluss nehmen zu können.

– Gute Praxis definieren und verbreiten: Der Good Practice-Ansatz hat sich bewährt bei dem Ziel, innovative Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte zu fördern. In Deutschland sind von einem interdisziplinären Expertengremium erstmalig Kriterien guter Praxis bei der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter definiert worden, wie z. B. integriertes und vernetzendes Handlungskonzept, Niedrigschwelligkeit, Partizipation und Befähigung der Zielgruppe. Bei der Verbreitung guter Praxis ermöglichen Expertennetzwerke den Transfer von Informationen, Kompetenzen und Instrumenten.

– Die Evidenzlage stärken: Die Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit setzt sich in Deutschland aus verschiedenen Quellen zusammen. Eine umfassende und systematische Forschungsstrategie existiert bisher nicht. Um den Umfang und die Bedingungsfaktoren der gesundheitlichen Ungleichheiten – und die Interventionsansätze zur ihrer Verringerung – besser untersuchen zu können, wird hierfür ein eigenes Forschungsprogramm empfohlen. Die Niederlande können hierbei als Vorbild dienen. Das Regierungsprogramm ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen', welches Strukturen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit als besonders fördernswert erachtet, sollte fortgeführt werden.

– Vernetzende Aktivitäten fördern: Bestehende integrierende Aktivitäten wie der nationale Kooperationsverbund ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) oder der jährliche Kongress ‚Armut und Gesundheit' sollten weiterhin gefördert werden. Auch der internationale Erfahrungsaustausch im Rahmen von EU- oder WHO-Kooperationen ist als besonders wertvoll einzuschätzen. Viele Länder stehen zu den von der WHO formulierten Gerechtigkeitsprinzipien und Werten, und der

Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zählt zu den allgemeinen Gesundheitszielen. Hier besteht eine enorme Expertise, die in Deutschland noch besser genutzt werden sollte.

– Nationale Strategie entwickeln und abstimmen: Beim Vergleich der Aktivitäten europäischer Partnerländer wird deutlich, dass zu einer nationalen Strategie folgende Bestandteile gehören: Verbesserung der Evidenzlage durch ein nationales Forschungsprogramm; Erarbeitung einer Strategie durch eine interdisziplinäre Kommission, die Leitbild für konkrete Projekte vor Ort ist; intersektorale Maßnahmen, welche die sozialen Determinanten berücksichtigen; Unterstützung für die Akteure vor Ort; Identifikation von Orten mit besonders großem Entwicklungsbedarf. Nationale Strategien sollten jedoch immer vor dem Hintergrund der spezifischen Merkmale (Wohlstand, Gesundheitszustand, Wohlfahrtssystem, politische Geschichte und Zuständigkeiten) des jeweiligen Landes bewertet werden.

– Europa mitdenken: Maßnahmen der Europäischen Union sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie die Gesundheitschancen spezifischer Personengruppen nicht nur fördern (wie etwa durch Strukturfonds), sondern auch unbeabsichtigt vermindern können (beispielsweise indem nationale Auspreisung und Besteuerung von Nahrungsmitteln oder Alkohol aufgeweicht werden). Die Lissabon Strategie, welche bis zum Jahr 2010 die Beseitigung von Armut entscheidend voranbringen möchte, bildet zurzeit eine grundlegende Legitimation nationaler oder regionaler Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten.

Diese Handlungsorientierungen wurden auf der Nationalen Konferenz ‚Closing the Gap – Strategies for Action to tackle health Inequalities in Europe' am 13. Februar 2007 in Berlin vorgestellt und mit den Kooperationspartnern konsentiert.

6.3.2 Zwischenfazit und Empfehlungen

1022. Gegenüber anderen Ländern der Europäischen Union, die präventionspolitisch vor ähnlichen Herausforderungen stehen, weist Deutschland in wichtigen Teilbereichen erhebliche Rückstände auf. In erster Linie sind dabei die Zielbildung und die damit verbundene Priorisierung zu nennen, ohne die weder eine Bündelung von Anstrengungen und Erfahrungen noch eine rationale und legitimierte Ressourcenzuweisung möglich sind. Dieser Vorsprung erklärt sich einerseits durch viele historische, kulturelle und institutionelle Eigenheiten dieser Länder, die nicht ohne weiteres übertragbar sind. Andererseits zeigen aber die in diesem Absatz skizzierten (und im Anhang dieses Gutachtens ausführlicher wiedergegebenen) Länderbeispiele auch Faktoren bei der Bildung von Gesundheitszielen, die übertragbar sind und der Präventionspolitik in Deutschland zusätzliche Schubkraft verleihen könnten: In Großbritannien fällt die starke Beteiligung der breiten Öffentlichkeit an der Zielfindung und -bildung über Veranstaltungen, Massenmedien und Internet auf. Dadurch konnten relevante Teile der Bevölkerung und auch der prioritären Zielgruppen sowie wichtige staatliche und nicht-staatliche Akteure in die Diskussion über das Programm ‚Our healthier nation' einbezogen und auf diese Weise auch zur Teilnahme motiviert werden. Hinter diesem Prozess stand ein klar formulierter politischer Wille der britischen Regierung. Eine wichtige Rolle spielten auch hochrangige, von der Regierung eingesetzte Expertengremien. Letzteres gilt auch für die Niederlande. Dort scheint zusätzlich die Flankierung durch große, staatlich finanzierte, den Zielbildungsprozess begleitende Forschungsprogramme eine wichtige Rolle gespielt zu haben. Diese Forschungen bezogen sich sowohl auf die Größe und die Ausprägungen des Problems sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, als auch auf Interventionen und schließlich auch auf Interventionswirkungen. In Schweden wiederum bildete die Orientierung auf ein nationales Präventionsgesetz einen wichtigen Antrieb für diesen Prozess. Im Gegensatz zur deutschen Situation gelangten alle diese Ansätze zu Zielsystemen, die den Anspruch haben, das gesamte Problemspektrum durch die Definition von Interventionsfeldern bzw. Zielgruppen bzw. sozialen Determinanten der Gesundheit abzubilden. Obgleich auch diese Programme und Systematiken noch große Unschärfen im Hinblick auf Zielgruppen und Settings sowie deren Priorisierung aufweisen, stellen sie gegenüber der Orientierung auf einzelne Zielkrankheiten bzw. Verhaltensziele einen bedeutenden Fortschritt dar. Vor allem in Großbritannien wurden die wenigen, zunächst abstrakt klingenden Ziele in Form konkreter Handlungsvorschläge für Akteure auf allen Ebenen von Regierung, NHS und Gesellschaft konkretisiert. In Schweden ist die Formulierung solcher Unterziele Bestandteil der im letztlich verabschiedeten Gesetz enthaltenen Vorschriften bzw. Aufforderungen. In den Niederlanden erfolgt die Umsetzung z. T. experimentell durch überwiegend lokale Modellversuche.

1023. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Präventionspolitik dieser Länder im Gegensatz zu Deutschland einen wissenschaftlich fundierten und durch transparente Verfahren legitimierten Rahmen aufweist.

Ob diesem ‚Überbau' in den jeweiligen Ländern auch eine solidere Praxis der Prävention in vulnerablen Gruppen entspricht, ist weniger klar. Zu keinem der aus diesen Zielsystemen generierten Programme liegt bislang eine aussagefähige Evaluation vor. Weitere Erkenntnisse hierzu werden u. a. aus dem EU-Projekt ‚Closing the Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe' (s. Anhang) erwartet, das Praxis-Projekte in vulnerablen Gruppen im internationalen Vergleich untersucht.

6.4 Praxis-Ansätze zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen in Deutschland

1024. Sowohl den hier dokumentierten Handlungsorientierungen als auch den kurzen Länderdarstellungen ist zu entnehmen, dass es zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit bislang in keinem Land eine Strategie gibt, die mit hinreichender Genauigkeit die Zielgruppen und Settings für Interventionen identifizieren und priorisieren kann. Auch bestehen nach wie vor große Un-

klarheiten im Hinblick auf Interventionsformen, Zuständigkeiten, Qualitätssicherung und Evaluation. Die Erschließung und Bearbeitung dieses Themenfeldes kann bislang als großes und dynamisch wachsendes Feld von Aktivitäten mit einem hohen Anteil an Experimenten beschrieben werden. Angesichts der nicht von der Hand zu weisenden Notwendigkeit (GA 2005, Ziffer 111ff.), dieses Feld der Gesundheitspolitik zu entwickeln und die Qualität darin zu steigern, sollte die Vielfalt der Suchprozesse als Chance gesehen werden. Erforderlich zur Nutzung dieser Chance ist die sorgfältige Dokumentation und Auswertung der dabei anfallenden positiven wie negativen Erfahrungen.

Wenn es z. B. darum geht, Primärprävention für vulnerable Gruppen zu organisieren, die an deren Lebenslage anknüpft und Interventionen in deren Lebenswelten/Settings ansiedelt, können grundsätzlich zwei verschiedene Wege beschritten werden. Zum einen lassen sich auf Basis soziodemografischer Befunde Lebenswelten (Stadtteile, Quartiere, Schulen, Freizeiteinrichtungen etc.) identifizieren, in denen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit überproportional viele Menschen aus vulnerablen Gruppen erreicht werden können. Es geht dann darum, in den kriteriengeleitet identifizierten Settings Interventionen zu organisieren und in einer Weise zu dokumentieren, die erfahrungsgestütztes Lernen erlaubt und möglichst konkretes verallgemeinerungsfähiges Wissen generieren hilft. Diesen – eher deduktiven – Weg beschreitet das Modellprojekt der Spitzenverbände der GKV zur Gesundheitsförderung in Schulen (s. Abschnitt 6.4.1). Zum anderen besteht die Möglichkeit, an die Praxis der vielen Tausend Sozialprojekte anzuknüpfen, die von einer großen Vielzahl öffentlicher, karitativer und philanthropischer Träger in Deutschland betrieben werden (GA 2005, Ziffer 348ff.). Die Herausforderung dieser – eher induktiven – Strategie besteht darin, die damit gegebenen Zugänge und Infrastrukturen für gezielte Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu nutzen, ohne die soziokulturelle Authentizität der Projekte zu zerstören und zugleich mithilfe von – vor allem mit sinnvoll nur partizipativ zu gestaltender Qualitätssicherung – Erfahrungen und Wissen für die Verbesserung von Zugängen und Interventionen zu akkumulieren. Diesen Weg geht der Projektverbund gesundheitliche-chancengleichheit.de, in dem vor allem die Landesvereinigungen für Gesundheit mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und von GKV-Institutionen die Praxis solcher Projekte auf Gesundheitsziele auszurichten und die Interventionsqualität zu verbessern versuchen (s. Abschnitt 6.4.2).

6.4.1 ‚Gesund leben lernen' – das Kooperationsprojekt der GKV-Spitzenverbände zur Gesundheitsförderung in Schulen

6.4.1.1 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

1025. Der gesetzliche Auftrag aus § 20 Satz 2 SGB V verlangt von den Krankenkassen, Versicherte mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen vorrangig in primärpräventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten einzubeziehen. Da sich sozial benachteiligte Personen mit den für individuelle Präventionsangebote üblichen Zugangswegen nur schwer erreichen lassen, empfehlen die GKV-Spitzenverbände für diese Personengruppen in ihrem gemeinsamen Leitfaden zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung den Setting-Ansatz als am besten geeignet. Das Setting ‚Schule' (auch ‚Kindergarten'/‚Kindertagesstätte') eignet sich besonders für primärpräventive Interventionen, weil Kinder und Jugendliche hier in einer Altersstufe erreicht werden, in der sich gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen noch herausbilden und beeinflusst werden können. Für primärpräventive Interventionen zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit eignen sich vor alle Kindergärten/Kindertagesstätten, Grund-, Haupt-, Gesamt-, Sonder- und Berufsschulen.

1026. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen sollen die genannten Settings nicht lediglich als Zugangsweg für die Platzierung verhaltenspräventiver Maßnahmen genutzt werden (Gesundheitsförderung im Setting). Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz hat vielmehr zum Ziel, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotentiale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und darauf aufbauend einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen, der über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert (Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings). Schulungen und Beratungen zur Förderung der individuellen gesundheitlichen Kompetenzen und Meidung verhaltensbedingter Risiken werden erst voll wirksam, wenn die Organisationsstrukturen und Abläufe des jeweiligen Settings die Integration des Gelernten in den Alltag fördern oder zumindest ermöglichen. Verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen sind daher im Sinne eines integrierten Handlungskonzepts miteinander zu verbinden.

Da in Settings wie Schulen, Gemeinden und Betrieben immer auch die Zuständigkeiten anderer Träger tangiert sind, ist eine zielführende Gesundheitsförderung auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Einbringung von Ressourcen aller für das jeweilige Setting Verantwortung tragenden Akteure angewiesen.

1027. Nach der Wiedereinführung primärpräventiver und gesundheitsfördernder Leistungen in den GKV-Leistungskatalog im Jahr 2000 konzentrierten sich die Aktivitäten der Krankenkassen zunächst stark auf die individuumsbezogene Primärprävention im Rahmen von Kursen und Beratungen. Weil die individuumsbezogenen Kursangebote sich nicht zur Verringerung der sozialbedingten Ungleichheiten der Gesundheitschancen eignen, setzen sich die GKV-Spitzenverbände für eine Verstärkung von Maßnahmen nach Setting-Ansatz im oben skizzierten Sinne ein. Hierzu wurden im GKV-Leitfaden Prävention geeignete Vorgehensweisen definiert (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006a). Zusammen mit dem Bundesverband der Unfallkassen und der Beratenden Kommission für Primärprä-

vention und betriebliche Gesundheitsförderung haben die GKV-Spitzenverbände Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen erarbeitet (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen und Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung 2004). Um den Krankenkassen darüber hinaus geeignete Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung einer systemisch orientierten, bedarfs- und beteiligungsorientierten Gesundheitsförderung in Schulen zur Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen nach dem Setting-Ansatz aufzuzeigen, haben die GKV-Spitzenverbände die Durchführung eines Modellprojekts zur Gesundheitsförderung an Schulen beschlossen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2005; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2006b; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2007; Heinrich et al. 2006).

6.4.1.2 Das Kooperationsprojekt

1028. Im Jahr 2002 hatten die GKV-Spitzenverbände die Landesvereinigungen für Gesundheit um eine Bestandsaufnahme innovativer Projekte der schulischen Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zur Verminderung der sozialbedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen gebeten. Unter Mitwirkung der Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung wurden aus den übermittelten Vorschlägen drei Projekte ausgewählt, die für eine inhaltliche Weiterentwicklung und ein Engagement der GKV in Frage kommen. Die ausgewählten Projekte wurden von den Landesvereinigungen für Gesundheit Niedersachsen und Sachsen-Anhalt sowie der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (LVGs) initiiert. Die drei Teilprojekte sind im Kooperationsprojekt ‚gesund leben lernen' gebündelt:

– Teilprojekt Niedersachsen ‚Gesundheitsmanagement in Schulen',
– Teilprojekt Rheinland-Pfalz ‚Netzwerk Schulen für Gesundheit 21',
– Teilprojekt Sachsen-Anhalt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten'.

Träger des Kooperationsprojektes sind alle Spitzenverbände der GKV zusammen sowie die LVGs der drei Bundesländer.

Ziele des Kooperationsprojektes sind:

– Verbesserung des Gesundheitswissens und -verhaltens der Schülerinnen und Schüler,
– Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern,
– Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen von Schülerinnen und Schülern,
– Entwicklung der Schule zum gesunden Lebensraum,
– Erprobung, Verankerung und Verbreiterung praxistauglicher, nachhaltiger und übertragbarer Modelle unter Beteiligung der Verantwortlichen und Betroffenen.

Die Partner wollten in den Projekten gemeinsam neue Wege erproben, um daraus Handlungsempfehlungen für die Krankenkassen und ihre Kooperationspartner abzuleiten. Dabei sollten insbesondere die Erfahrungen bisheriger Modellversuche für eine gesundheitsförderliche Schulentwicklung, die auf Qualifizierung von Multiplikatoren und Netzwerkbildung auf regionaler Ebene setzten, berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die Methoden und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mitarbeiter- bzw. Schülerbefragungen, Steuerungsgruppe Gesundheit, Projektplanung, Gesundheitszirkel). Es ist ein Ziel des Projektes zu prüfen, ob und welche der in bisherigen Gesundheitsförderungsaktivitäten insbesondere im Setting ‚Betrieb' entwickelten Vorgehensweisen – ggf. in modifizierter Form – in die schulische Gesundheitsförderung integriert werden können.

Mit der Beteiligung an dem Projekt verbinden die Partner die Erwartung, dass im Projektzeitraum Organisations- und Finanzierungsformen entwickelt werden, die in der Folge eine unabhängige und nachhaltige Fortführung der Projektaktivitäten ermöglichen. Das Projekt ist Mitte 2003 gestartet und hatte eine Laufzeit von drei Jahren. Eine längsschnittliche Evaluation mit Follow-Up-Untersuchung zur Nachhaltigkeit der gesundheitsfördernden Strukturen in den beteiligten Schulen 12 Monate nach Projektende wird durch die Universität Hamburg (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie) sowie die Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin (GESOMED, Freiburg) sichergestellt. Die von den LVGs geleistete interne Evaluation sieht für alle teilnehmenden Bildungseinrichtungen eine Potentialanalyse sowie die Dokumentation aller Projektaktivitäten vor.

6.4.1.3 Grundsätzliche Vorgehensweise und Besonderheiten der drei Teilprojekte

1029. Es war ein grundlegendes Anliegen des Projektes, durch zielgerichtete Auswahl der Schularten und Standorte die Gesundheitschancen insbesondere für solche Schülerinnen und Schüler zu erhöhen, die aufgrund ihrer sozialen oder kulturellen Herkunft größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

In allen drei Teilprojekten ging es um den Aufbau nachhaltiger gesundheitsförderlicher Strukturen (schulinterne Steuerungsgruppen Gesundheit) sowie den Aufbau von Kooperationen mit regionalen Partnern (Schulakteure, Krankenkassen, Vereine, Gesundheitsämter und Berufsgenossenschaften). Der Aufbau des schulinternen Gesundheitsmanagements wurde auf Landesebene durch Länderberatergruppen unter Beteiligung aller relevanten Kooperationspartner unterstützt und begleitet (u. a. Kultus- und Sozialministerium, Gesetzliche Krankenversi-

cherung, Landesämter für Lehrerbildung, Unfallkassen/GUV). Vorhandene Netzwerke und vorgehaltene Angebote der Kooperationspartner wurden für die Schule verfügbar gemacht bzw. so verändert, dass sie von den Schulen genutzt werden konnten.

Insgesamt nahmen 63 Schulen mit ca. 37 000 Schülerinnen und Schülern sowie ca. 3 000 Lehrerinnen und Lehrern der folgenden Schularten an dem Projekt ‚gesund leben lernen' teil:

– 16 Grundschulen,
– 13 Haupt-, Real- und integrierte Gesamtschulen,
– 15 Förderschulen,
– 12 Berufsschulen und
– 7 Gymnasien.

An dem Teilprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten' in Sachsen-Anhalt nahmen darüber hinaus auch zwei Kindertagesstätten (KiTas) teil.

Teilprojekt Niedersachsen

1030. In das niedersächsische Teilprojekt wurden zusammen acht Grund-, Haupt- und Förderschulen in Stadtteilen oder Regionen mit erhöhtem Entwicklungsbedarf aufgenommen, die bislang noch keine Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt hatten. Übergeordnetes Ziel war es, die Organisation Schule zu einer gesunden Lebenswelt für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden weiterzuentwickeln. Das bedeutete, gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Arbeits- und Lernbedingungen zu schaffen, also besonders die Kernbereiche der Schule – Lernen und Lehren – ‚gesünder' zu gestalten, und bei allen Entscheidungen in der Schule zu bedenken, welche Auswirkungen diese auf Gesundheit und Wohlbefinden von Lehrkräften, nicht unterrichtendem Personal sowie Schülerinnen und Schüler haben. Über die so verbesserte Leistungsfähigkeit der in der Schule Arbeitenden und Lernenden sollte eine Steigerung der Bildungs- und Erziehungsqualität der gesamten Organisation erreicht werden.

Im Projekt sollten die im Setting ‚Betrieb' entwickelten Vorgehensweisen des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Hinblick für eine Anwendung im Setting ‚Schule' nutzbar gemacht werden. Die entsprechenden Instrumente (z. B. Steuerungskreis, Befragungen von Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern, Projektplan, Gesundheitszirkel) sollten auf ihre Eignung für den Einsatz in der Schule hin überprüft, überarbeitet und an das neue Setting angepasst werden.

Die Landesvereinigung nahm für die Modellschulen die Rolle einer Beratungs- und Vermittlungsagentur ein. Sie unterstützte und betreute diese beim Aufbau ihres internen Gesundheitsmanagements, u. a. bei der Einrichtung einer Steuerungsgruppe, der Datenerhebung und Problemanalyse, der Aufstellung eines Projektplans oder der Installierung von Gesundheitszirkeln. Ziel war es, Strukturen zu schaffen, die eine dauerhafte Basis für langfristige schulische Gesundheitsförderung bieten.

Die Schulen legen Handlungsfelder und Themenbereiche ihrer Arbeit entsprechend dem Prinzip der Partizipation der Betroffenen selbst fest, bekommen aber durch Weitergabe von Informationen und Materialien sowie durch Fortbildungsangebote und Tagungen Impulse, bestimmte Themen auf ihre Agenda zu setzen. Wenn die Schulen bei der Umsetzung einzelner Maßnahmen Unterstützung brauchen, wenden sie sich wieder an die Landesvereinigung, die zusammen mit den Kooperationspartnern Hilfe organisiert. Hierzu sind über die genannten Kooperationspartner hinaus Kontakte u. a. zu Sport- und anderen Verbänden, Stiftungen, Fachhochschulen, Kommunen und den unterschiedlichen Ebenen der Schulverwaltung (Landesschulbehörden, Kultusministerium) aufgebaut worden. Durch Fortbildung in den Bereichen Sponsoring, Öffentlichkeits- und Pressearbeit sollen die Modellschulen in die Lage versetzt werden, langfristig ein eigenes Ressourcenmanagement aufzubauen und von der Unterstützung durch die Landesvereinigung unabhängiger zu werden.

Die Steuerungsgruppe Gesundheit, die Arbeit in Gesundheitszirkeln und schulinterne Befragungen von Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern sind Projektbausteine, die die Schulen erfolgreich nutzen. Besonders die Steuerungsgruppe, deren Zusammensetzung den Bedürfnissen der jeweiligen Schule angepasst ist, entwickelt sich in den Modellschulen wie geplant zur zentralen Schaltstelle für alle Gesundheitsförderungsaktivitäten.

Teilprojekt Rheinland-Pfalz

1031. An dem rheinland-pfälzischen Teilprojekt nahmen insgesamt 46 Schulen aller Schultypen teil. Ziel des Projektes war die Schaffung eines landesweiten Netzwerkes gesundheitsfördernder Schulen, die sich beim Aufbau des schulinternen Gesundheitsmanagements durch Erfahrungsaustausch, arbeitsteiligen Kompetenzerwerb, Bildung eines landesweit verfügbaren Expertenpools sowie Fortbildungen wechselseitig unterstützen.

Nach der Bekanntmachung des Projektes im Rahmen einer Auftaktveranstaltung der Landeszentrale für Gesundheitsförderung wurden aus der hohen Zahl teilnahmewilliger Schulen in Abstimmung mit der Länderberatergruppe insgesamt 46 Schulen nach dem Kriterium der sozialen Benachteiligung ausgewählt. Teilnahmewillige Berufs- und Förderschulen wurden direkt in das Projekt aufgenommen. Weitere Auswahlkriterien waren die Situierung der Schule in einem ‚sozialen Brennpunkt' sowie die Arbeitslosenquote und der Migrantenanteil in der Gemeinde. Die Schulen mussten sich verpflichten, alle Projektbausteine (Moderatorenausbildung, Bildung einer Steuerungsgruppe Gesundheit, Regionalgruppen, Teilnahme an Fortbildungen) im Projektrahmen umzusetzen. Durch den Auswahlprozess konnten die teilnehmenden Schulen zu sieben Regionalgruppen zusammengefasst werden.

Das Projekt ‚Netzwerk Schulen für Gesundheit 21' hatte zum Ziel, die teilnehmenden Schulen zu einem Netzwerk zusammenzuschließen und das Thema Gesundheit dauerhaft und nachhaltig in den Unterricht und in das Schulleben zu integrieren. Gemeinsam sollten Konzepte und qualifizierte Programme zur Förderung der gesundheitlichen Entwicklung von Schülerinnen und Schülern entwickelt und erprobt werden. Am Ende des Projektes sollte ein sich selbst tragendes und wachsendes Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen in Rheinland-Pfalz stehen.

Hauptelemente des Projektes waren:

– Der Zusammenschluss der Schulen in insgesamt 7 Regionalgruppen.

  Die Auswahl und Verbreitung der Netzwerkschulen im Jahr 2003 führte zur Gründung von sieben Regionalgruppen. Diese sind schulformgemischt und treffen sich drei- bis viermal im Jahr zu ca. dreistündigen Sitzungen. Die regionale Vernetzung dient dem Fachaustausch zur Gesundheitsförderung, der kollegialen Unterstützung im Prozess der Schulentwicklung sowie dem Ideentransfer. Im Laufe des Projektes wurde die Arbeit der Regionalgruppen zunehmend durch die Beteiligten der Schulen bestimmt und gestaltet. Nach Abschluss des Projektes wird sie eigenständig weitergeführt.

– Die Qualifizierung von Lehrkräften zu Gesundheitsmoderatoren.

  Die Moderatorenausbildung fand von Frühjahr 2004 bis Frühjahr 2005 in drei Blöcken statt. Die Lehrkräfte wurden befähigt, die Gesundheitsförderung an ihren Schulen zusammen mit dem Kollegium, den Schülerinnen und Schülern sowie den Eltern weiterzuentwickeln. Der Gesundheitsmoderator initiiert, fördert, koordiniert und begleitet gesundheitsfördernde Prozesse und Projekte. Er versteht sich als ‚Lotse' und ist für den Aufbau und die Leitung einer Koordinierungs- und Steuerungsgruppe für die Gesundheitsförderung an seiner Schule zuständig. Die Auswahl des Gesundheitsmoderators sollte vom Kollegium getragen werden. Hierdurch soll das Netzwerk ‚Schulen für Gesundheit 21' in Rheinland-Pfalz etabliert und stabilisiert werden.

– Die Förderung der Vernetzung durch Ausbildung von Netzwerkmoderatoren.

  Netzwerkmoderatoren sind Gesundheitsmoderatoren, die sich über ihre eigene Schule hinaus für die Förderung von Gesundheit im Setting Schule engagieren und perspektivisch die Regionalarbeit leiten sollen. Auf der Grundlage dieser Ausbildung zum Gesundheitsmoderator startete vor den Sommerferien 2005 die Weiterbildung einer Anzahl von Gesundheitsmoderatoren zu Netzwerkmoderatoren. In der zweiten Projekthälfte wurden Moderation und Gestaltung der Netzwerktreffen zunehmend durch die Netzwerkmoderatoren übernommen. Die Aufgaben der Netzwerkmoderatoren und -moderatorinnen sind vor allem:

  – Planung, Durchführung und Auswertung der Regionalen Netzwerktreffen (über den Projektzeitraum hinaus),

  – Unterstützung von Schulen, die das Thema Gesundheitsförderung in den Schulalltag einbinden möchten,

  – Unterstützung von Gesundheitsförderungsprojekten, -besprechungen und Studientagen an Schulen,

  – Information, Beratung und Unterstützung von Schulen in Fragen der nachhaltigen Gesundheitsförderung im Setting Schule.

Für die Tätigkeit außerhalb der eigenen Schule werden durch das Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend Rheinland-Pfalz Ausgleichstunden zur Verfügung gestellt.

Teilprojekt Sachsen-Anhalt

1032. Das Projekt wurde in zwei Regionen Sachsen-Anhalts – Burg und Gräfenhainichen – durchgeführt, die durch vielfältige soziale Probleme – insbesondere hohe Arbeitslosigkeit – gekennzeichnet sind. Dabei wurden zwei regional zusammenhängende ‚Bildungsstaffeln' einbezogen. Insgesamt nahmen zwei Kindertagesstätten, zwei Grundschulen, zwei Sekundarschulen, zwei Gymnasien, zwei Förderschulen und eine berufsbildende Schule am Modellprojekt teil.

Mit den im betrieblichen Setting bereits erfolgreich erprobten Instrumenten aus der betrieblichen Gesundheitsförderung soll ein Prozess hin zu einer gesunden Schulentwicklung in Gang gesetzt werden, der neben der Veränderung des Schulalltags (Betriebsklima und physikalische Umwelt) auch auf die Stärkung der Persönlichkeit des Einzelnen (*Empowerment*) durch Kompetenzgewinn (*Life Skills*) zielt. Wie in den anderen Teilprojekten kommt auch in Sachsen-Anhalt der Netzwerkbildung und Kooperation mit anderen Partnern eine hohe Bedeutung zu.

Nach Auftaktveranstaltungen in beiden Regionen wurden an allen Modellschulen im Rahmen von schulinternen Zukunftswerkstätten mit Lehrern, Elternvertretern und lokalen Kooperationspartnern die Ausgangssituationen der Bildungseinrichtungen analysiert, Schwerpunkte für die zukünftige gesundheitsfördernde Schulentwicklung herausgearbeitet und Veränderungsprioritäten festgelegt. Danach wurden Projektverantwortliche ausgewählt, die für die Koordination an den Schulen die Verantwortung übernahmen, und Arbeitskreise Gesundheit mit jeweils fünf bis zehn Lehrkräften gebildet. Zu ihren Aufgaben gehörte die Themenauswahl für Fortbildungen und für die Arbeit in Gesundheitszirkeln. Externe Moderatoren begleiteten die Arbeitskreise und Gesundheitszirkel und unterstützen diese bei der Entwicklung von Maßnahmen.

Die Schülerinnen und Schüler konnten sich im Rahmen von Projekttagen mit dem Thema Gesundheit vertraut machen und führten unter externer Anleitung Zukunftswerkstätten durch. Hier setzten sie sich kritisch mit den

Zuständen an ihrem Arbeitsplatz Schule auseinander, entwickelten Visionen für eine gesunde Gestaltung ihrer Lebens- und Lernwelt und formulierten Verbesserungsvorschläge. In jeder Klassenstufe wählten die Schülerinnen und Schüler Vertreter, die im Arbeitskreis Gesundheit mitwirkten. In diesen Arbeitskreisen wurden die Aufgaben für die Schülergesundheitszirkel festgelegt.

An allen Einrichtungen konnte mit Hilfe von modifizierten Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung (Arbeitskreis Gesundheit, Ausgangsanalyse, Gesundheitszirkel, externe Prozessbegleitung, Fortbildung, organisationsentwickelnde Maßnahmen) eine gesundheitsfördernde Entwicklung eingeleitet werden. Die beschriebenen Arbeitsstrukturen haben sich bewährt und gesundheitsförderliche Veränderungen im Schulalltag der Schüler und Lehrer bewirkt. Das äußert sich im verbesserten Betriebsklima (Umgangsformen, Beziehungen untereinander), in mehr Angeboten für gesundheitsförderliches Verhalten (Bewegung, Entspannung, Ernährung), in der Gestaltung der Lern- und Lebensräume (Pausen- und Schulhöfe, Klassenzimmer) und in der Zunahme der Zufriedenheit und des Wohlbefindens derer Schulakteure in ihrem ‚Betrieb'.

Die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung sind geeignet, um in sozialen Brennpunkten die unterschiedlichen Gesundheitschancen der Schülerinnen und Schüler auszugleichen. Die spürbare Veränderung der Lebens- und Lernwelt Schule unter der Mitwirkung der Schulakteure in der Verbindung mit externen Partnern trägt dazu ebenso bei wie die Befähigung der Beteiligten, mit der eigenen Gesundheit und der anderer kompetenter umzugehen.

6.4.1.4 Übersicht über die geleisteten Aktivitäten

1033. Die externe Evaluation erstreckt sich auf die Struktur-, Wissens-, Einstellungs-, Verhaltens- und Gesundheitswirkungen des Kooperationsprojektes auf Ebene der beteiligten Einrichtungen, der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte. Die erforderlichen Datensammlungen für die Evaluation konnten bis auf eine Stabilitätsmessung zur Dauerhaftigkeit der in den Schulen geschaffenen gesundheitsfördernden Strukturen über die Projektlaufzeit hinaus, die im Laufe des Jahres 2007 vorgesehen ist, inzwischen abgeschlossen werden. Die Vorlage der Evaluationsergebnisse ist im Laufe des Jahres 2007 geplant. Die von den LVGs vorgelegten Abschlussberichte und Handlungsempfehlungen werden derzeit mit den GKV-Spitzenverbänden abgestimmt.

1034. Gegenwärtig (März 2007) liegen Maßnahmedokumentationen über die in den Teilprojekten von Mitte 2003 bis Mitte 2006 geleisteten Aktivitäten hinsichtlich der Maßnahmeziele, der Maßnahmethemen sowie der eingesetzten Methoden und Interventionsarten vor (s. Tabellen A1–A3 im Anhang). Um die Ergebnisse zwischen den Teilprojekten vergleichbar zu machen, werden jeweils die Aktivitäten der beteiligten Schulen einzeln ausgewiesen. Insgesamt haben sich 51 Schulen (davon 7 in Niedersachsen, 33 in Rheinland Pfalz sowie 9 Schulen und 2 KiTas in Sachsen-Anhalt) an der externen Evaluation beteiligt.

Aus den Tabellen wird deutlich, dass im Teilprojekt Sachsen-Anhalt die höchste Zahl an Maßnahmen (fast 32 pro Schule/KiTa) realisiert wurde, gefolgt vom Teilprojekt Rheinland-Pfalz (15 Maßnahmen pro Schule) und Niedersachsen (ca. 13).

1035. Die Analyse der Ziele der umgesetzten Maßnahmen (Tabelle A 3) macht deutlich, dass die Aktivitäten sowohl auf die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler als auch auf die gesundheitsförderliche Veränderung der Organisationsstruktur und Unterrichtspraxis an der Schule sowie sozialklimatische Verbesserungen (Veränderung der schulinternen Kommunikationsstile) ausgerichtet waren. Maßnahmen der Verhältnisprävention standen mit solchen der Verhaltensprävention in einem ausgewogenen Verhältnis. Insbesondere wurden in allen Teilprojekten viele als schwer umsetzbar geltende verhältnispräventive Maßnahmen auf strukturell-organisatorischem und baulichem Gebiet umgesetzt. Hinzu kommt die hohe Zahl an Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation mit schulexternen Partnern.

Hinsichtlich der Maßnahmethemen (Tabelle A 4) dominieren mit fast 16 Maßnahmen pro Schule die Aktivitäten zum Thema ‚Arbeitsplatz Schule und Gesundheit' (besonders ausgeprägt in Sachsen-Anhalt) sowie ‚soziale Beziehungen und Gesundheit'. Es folgen in der Häufigkeit die klassischen verhaltenspräventiven Aktivitätsbereiche ‚Bewegung', ‚Stressbewältigung/Entspannung' und ‚Ernährung'.

1036. Die Analyse der in den Teilprojekten eingesetzten Interventionsarten (Tabelle A 5) zeigt, dass in den Teilprojekten ein breites Spektrum von Methoden eingesetzt wurde. Die am häufigsten eingesetzte Methode war die Projektgruppenarbeit, gefolgt von der Durchführung von Informationsveranstaltungen. Individuelle Beratungen, Gesundheitstage, Präventionskurse und Fort-/Weiterbildungen kamen etwa gleich häufig in den Schulen zum Einsatz. Gesundheitszirkel als partizipative Maßnahme der Problemanalyse und Interventionsvorbereitung der settingbezogenen Gesundheitsförderung kamen am häufigsten in den Schulen in Sachsen-Anhalt, gefolgt von denjenigen in Niedersachsen zum Einsatz. Im Teilprojekt Rheinland-Pfalz wurden sie seltener durchgeführt.

6.4.1.5 Erfahrungen und Ausblick

1037. In Bezug auf das vorrangige Ziel des Kooperationsprojektes, insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien zu erreichen sowie bislang noch nicht im Setting ‚Schule' erprobte Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung modellhaft anzuwenden, kann festgestellt werden, dass dieser Anspruch weitgehend erfüllt wurde: Die Schulauswahl nach sozialstrukturellen Kriterien sowie die Mitwirkungsangebote, z. B. Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten und Pro-

jektgruppen, führten zu einer aktiven Beteiligung benachteiligter Gruppen.

1038. Die organisationsentwickelnden Maßnahmen – z. B. Gestaltung des Schulhauses oder der Pausenräume, Veränderung von Pausenzeiten, Entwicklung eines bewegten Unterrichtes, selbstverwaltete Cafeteria und Schülerfirma – wurden durch die Beteiligten selbst mit realisiert und kamen allen Beteiligten im Anschluss zu Gute. Die aktivierende Durchführung der Maßnahmen führte zu einer hohen Identifikation der beteiligten Schülerinnen und Schüler mit ihrem Lernumfeld Schule: Die Schülerinnen und Schüler der beteiligten Schulen haben im Projektverlauf gelernt, selbst Verbesserungsvorschläge zu entwickeln und umzusetzen, für ihre Schule vermehrt externe Ressourcen zu erschließen und die Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern als Bereicherung des Schulalltags zu nutzen. Hierdurch wurden zum einen die Chancen einer Verstetigung der begonnenen Maßnahmen über den Projektzeitraum hinaus sowie der Identifikation nachfolgender Schülerjahrgänge mit den aufgebauten Strukturen und etablierten Maßnahmen erhöht. Insgesamt konnte damit die Umsetzbarkeit einer aktivierenden und partizipativen Gesundheitsförderung im Setting Schule belegt werden.

1039. Die umgesetzten Maßnahmen waren auf die von den Schulen selbst identifizierten und artikulierten Problemfelder abgestimmt. Besonders in der Anfangsphase bedurften die beteiligten Schulen noch einer intensiven externen Betreuung durch die Mitarbeiter der LVGs. Das lag zum einen daran, dass in vielen Schulen Gesundheitsförderung nicht selbstverständliches Thema ist und nicht als Kernaufgabe gesehen wird. Zum anderen arbeiten Lehrkräfte immer noch vorwiegend hoch individualisiert; Strukturen, Arbeitsprozessen und -organisation gilt kaum Aufmerksamkeit. Der hohe Beratungsaufwand beim Aufbau von Netzwerk- und Managementstrukturen wurde aber als positiv erlebt und wirkte deutlich motivierend. In der Folge konnten Strukturen für eine selbsttragende, autonome Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in den beteiligten Schulen aufgebaut und die externe Anleitung sukzessive zurückgeführt werden.

Besonders motivationsfördernd war es, wenn mit externer Unterstützung bereits kurzfristig konkrete Maßnahmen, die für die Schulen besondere Brisanz aufwiesen, umgesetzt werden konnten. Insofern wäre ein schematisches Abarbeiten von Umsetzungsschritten der klassischen betrieblichen Gesundheitsförderung (Bildung von Steuerungsgremien – Bedarfsanalyse – Maßnahmeplanung – Umsetzung – Evaluation) nicht zielführend gewesen. Durch die gewählte pragmatische und nachfrageorientierte Vorgehensweise schwebten die gebildeten Strukturen nicht in einem luftleeren Raum, sondern waren von Beginn an mit konkreten Aufgaben verknüpft. Damit wurde ein sinnvolles Gleichgewicht von Theorie und Praxis geschaffen.

1040. In Bezug auf die Praxistauglichkeit der Instrumente betrieblicher Gesundheitsförderung ist festzustellen, dass diese in modifizierter Form auf das Setting Schule übertragbar sind. Notwendig waren Anpassungen der Instrumente Mitarbeiterbefragung, Steuerungskreis Gesundheit und Gesundheitszirkel an die Bedingungen in Schulen. Vor allem bei jüngeren Schülern liegt z. B. die Funktion von Gesundheitszirkeln eher in der Motivation und der Aktivierung, weniger in der systematischen Problemanalyse und der zielgerichteten Entwicklung von Maßnahmen. Generell war die Verknüpfung klassischer Instrumente der schulischen Gesundheitsförderung mit dem betrieblichen Gesundheitsförderungsansatz erfolgreich, ebenso die Öffnung der Schule für verstärkte Kooperation mit externen Partnern und die Netzwerkarbeit.

1041. Im Projektverlauf wurden in den beteiligten Schulen eine hohe Kreativität und ein hohes Engagement freigesetzt. Dies drückt sich in der Vielzahl der durchgeführten Einzelmaßnahmen (fast 1.000) sowie den positiven Rückmeldungen aus LVGs und Schulen zum Projekt aus. Mit der derzeit laufenden quantitativen Evaluation wird 2007 auch eine Bewertung der Effektivität der durchgeführten Maßnahmen im Hinblick auf Verhaltensparameter und den Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler möglich sein. Die GKV-Spitzenverbände werden das Projekt in seiner Verstetigungsphase bis Ende 2008 auch weiterhin unterstützen. Die aus dem ersten Projektabschnitt gewonnenen Erkenntnisse werden dabei in die Planung der weiteren Arbeit einfließen.

1042. Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen ist in hohem Maße auf die Umsetzungsfähigkeit und -bereitschaft der Lehrenden angewiesen. Daher wurden auch die gesundheitlichen Probleme und Belange dieser Gruppe im Projektrahmen berücksichtigt. Lehrkräfte sind es aber nicht gewohnt, für sich selbst, sondern für Schülerinnen und Schüler Maßnahmen zu planen und zu organisieren. Rückmeldungen der Lehrkräfte belegen allerdings, dass die für die Schüler erreichten Verbesserungen auch mittelbar auf die Lehrergesundheit zurückwirkten. Beispiele hierfür sind, wenn durch die Neugestaltung von Innen- und Außenräumen der Lärmpegel und die Gewaltbereitschaft in der Schule verringert und somit Unterricht und Aufsichtsführung weniger kräftezehrend für die Lehrkräfte sind. Wünschenswert ist hier ein größeres Engagement der Schulbehörden in Bezug auf die gesundheitlichen Rahmenbedingungen der Lehrkräfte.

1043. Abschließend ist festzustellen, dass durch schulische Gesundheitsförderung die beteiligten Schulen auch bei der Erfüllung ihres Bildungsauftrags gestärkt werden konnten. Natürlich können damit nicht alle Fehlentwicklungen und Defizite an den Schulen ausgeglichen werden. Hier ist vor überzogenen Erwartungen zu warnen. Bildungspolitische und pädagogische Innovationen können nicht durch Vermittlung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung ersetzt werden. Letztere können aber zur langfristigen strukturellen, inhaltlichen und methodischen Veränderung des Schulbetriebes und des Schulklimas beitragen und so eine gesundheitsfördernde Schulentwicklung maßgeblich mitbestimmen.

6.4.2 ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' – der bundesweite Kooperationsverbund der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

1044. Das intersektorale Handlungsfeld soziallagenbezogener Gesundheitsförderung ist geprägt durch eine Vielzahl heterogener Akteure – vom Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung über die Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und Ärzteverbände bis zum breiten Spektrum freier Träger. Die Arbeit findet oft an den Schnittstelle zu Handlungsfeldern außerhalb des Gesundheitsbereiches statt, denn nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern beispielsweise auch Bildung, Wohnen, soziale Unterstützung, Umwelt oder Arbeit haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit (GA 2005, Ziffer 38ff.). Gesundheitsfördernde Ansätze mit Bezug auf die soziale Lage der Zielgruppe sind oft implizit in Bereichen zu finden, deren explizite Interventionen einen anderen Schwerpunkt haben, zum Beispiel in Stadtentwicklungsprogrammen oder Maßnahmen zur Arbeitsförderung.

1045. Um mehr Transparenz und Überblick im heterogenen und vielfältigen Feld der soziallagenorientierten Gesundheitsförderung herzustellen, fand bei der BZgA im Herbst 2001 eine Experten-Runde statt, um über erfolgversprechende Ansätze zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit in Deutschland zu beraten. Die Expertinnen und Experten empfahlen, durch die Erstellung eines bundesweiten Überblicks in einem ersten Schritt die Transparenz der vielgestaltigen gesundheitsfördernden Praxis zu verbessern und einen Überblick über Anbieter, Interventionen und Handlungsfelder zu ermöglichen. Um die Projektanbieter aktiv in die Erhebung einzubinden, sollten diese die Möglichkeit bekommen, ihre Angebote via Internet selbst anzugeben und die Einträge bei Bedarf auch zu aktualisieren. Mit dem Aufbau der Datenbank im Rahmen des Fachbereichs ‚Fachdatenbanken und Marktanalyse' der BZgA wurde Gesundheit Berlin e.V. beauftragt. Die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft verfügt unter anderem als Ausrichter des bundesweiten Kongresses ‚Armut und Gesundheit' (www.armut-und-gesundheit.de) über einen guten Überblick über Konzepte und Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.

1046. In der ersten Erhebungsphase zwischen November 2002 und Januar 2003 wurden ca. 10 000 Fragebögen an einen systematisch zusammengestellten Kreis potentieller Träger gesundheitsfördernder Interventionen verschickt, über 2 000 Projektanbieter trugen ihre Angebote in eine Online-Datenbank ein (Kilian et al. 2003). Die Erhebung zeigte auf Anbieterseite eine große Bereitschaft zum thematischen Austausch und zur Darstellung der eigenen Aktivitäten.

Die Diskussion der Arbeitsergebnisse im beratenden Arbeitskreis des Projektes – diesem gehörten im wesentlichen Mitglieder der Expertenrunde vom Herbst 2001 an (vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:beratender-arbeitskreis) – ergab die übereinstimmende Position, dass sich an diesen ersten Schritt der systematischen Erschließung des Handlungsfeldes der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung weitere Aktivitäten anschließen sollten, um den Transfer zwischen den Akteuren zu stärken. Mitte 2003 begannen mit finanzieller Unterstützung durch die BZgA die Vorarbeiten für den Aufbau von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen in den Bundesländern, den späteren ‚Regionalen Knoten' (s. Abschnitt 6.4.2.1), und die Entwicklung eines Konzeptes für die Auswahl von Beispielen guter Praxis (s. Abschnitt 6.4.2.2).

1047. Mit dem Ziel, durch die Einbindung weiterer Akteure die Aktivitäten auf eine breitere Grundlage zu stellen und insbesondere die Verankerung in den Bundesländern zu stärken, wurde auf Initiative der BZgA im November 2003 der Kooperationsverbund ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' gegründet. Ihm traten zunächst alle Landesvereinigungen und die Bundesvereinigung für Gesundheit sowie weitere mit Gesundheitsförderung befasste Akteure aus den Bundesländern bei. 2004 wurde der 18 Mitglieder umfassende Verbund um den BKK Bundesverband erweitert, der sich im Rahmen seines Programms ‚Mehr Gesundheit für alle' (http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,253,nodeid,.html) bereits auf unterschiedlichen Ebenen systematisch mit dem Thema beschäftigte. In den Jahren 2005 und 2006 traten weitere Akteure bei, so dass der Kooperationsverbund inzwischen 42 Partner umfasst. Vertreten sind nun neben den Gründungsmitgliedern fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen und weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände, zwei Länderministerien und die Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung. Im Rahmen des Kooperationsverbundes soll deutlich gemacht werden, dass die Dringlichkeit des Themas ernst genommen wird und auch jenseits verbindlicher gesetzlicher Regelungen gemeinsam angegangen werden kann. Der Kooperationsverbund steht für die Beteiligung weiterer interessierter Akteure offen.

Die inhaltliche Arbeit des Kooperationsverbundes umfasst vier Module (s. Abbildung 46):

– Regionale Koordinierungs- und Vernetzungsstellen (Regionale Knoten) auf Länderebene, die Projektanbieter und Akteure informieren und vernetzen,

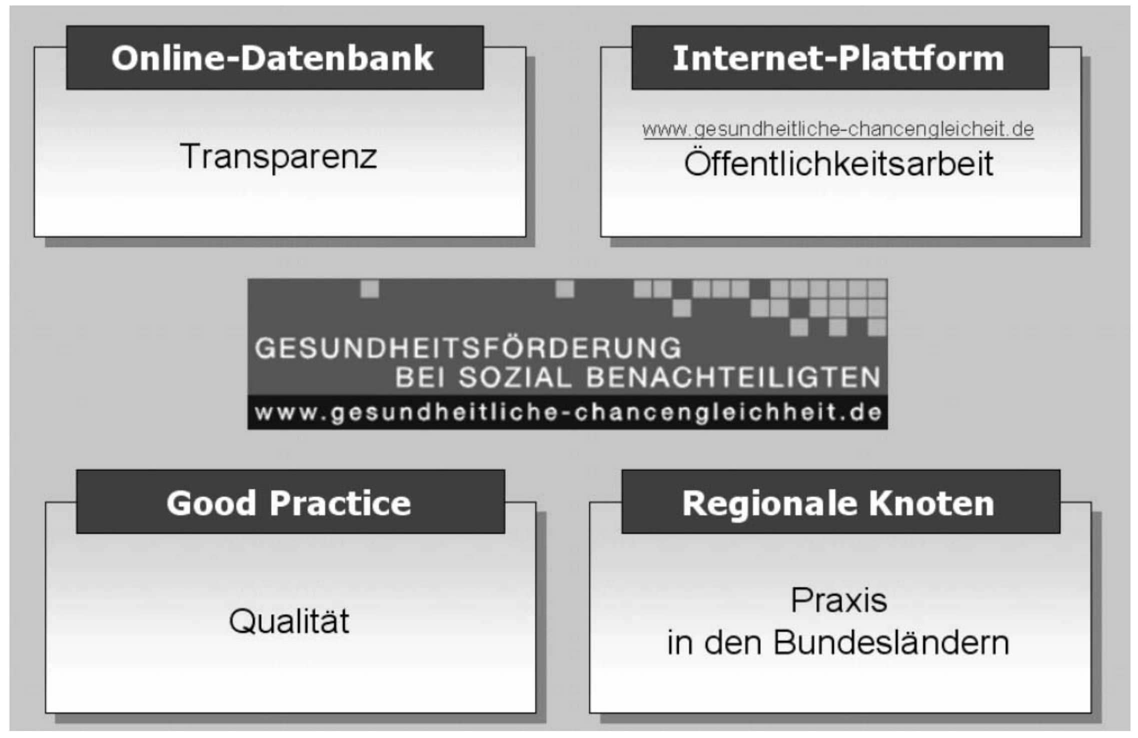
– Auswahl und Vorstellung von Beispielen guter gesundheitsfördernder Praxis (Good Practice) als niedrigschwelliges Angebot zur Qualitätsentwicklung,

– Betreuung der Online-Datenbank zur Herstellung von Transparenz im Handlungsfeld ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' im Rahmen der Internet-Plattform,

– Pflege der Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de mit Informationen zum Thema soziallagebezogener Gesundheitsförderung.

Abbildung 46

Handlungsfelder des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten'



Quelle: Kooperationsverbund 2007

Die bundesweiten Aktivitäten des Kooperationsverbundes im Rahmen von Internet-Plattform, Datenbank und Good Practice-Prozess werden bislang durch die BZgA finanziert. In die Finanzierung der Regionalen Knoten in den Bundesländern und deren zentrale Koordinierung bringen sich, wie im Folgenden dargestellt, verschiedene Partner auf Bundes- und Landesebene ein.

6.4.2.1 Regionale Knoten als Vernetzungs- und Koordinierungsstellen auf Länderebene

1048. Der Einrichtung dezentraler Arbeitsstrukturen kommt im Rahmen des Kooperationsverbundes eine zentrale Bedeutung zu. Anfang 2004 begann der Aufbau eines bundesweiten Netzes von Koordinierungsstellen auf Länderebene mit der Einrichtung von ‚Regionalen Knoten' in sechs Bundesländern. Diese sollen die Koordinierung und Vernetzung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene unterstützen und so zur Stärkung der Thematik wie auch zur Weiterentwicklung der Praxis beitragen. Um das in den Bundesländern bestehende Know-how nutzen und an bereits bestehenden Vernetzungsstrukturen anknüpfen zu können, sind die Regionalen Knoten in den Bundesländern an die jeweilige Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG) als Träger angebunden. In Bundesländern ohne LVG übernehmen Einrichtungen mit vergleichbaren Aufgaben die Trägerfunktion, zum Beispiel das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg oder die Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Brandenburg.

Finanzierung und Personalausstattung der Regionalen Knoten orientieren sich am jeweils pragmatisch Machbaren. Da es für die Arbeit derzeit keinen – z. B. gesetzlichen – Auftrag gibt, ist die Finanzierung der Regionalen Knoten jeweils von der für jedes Bundesland individuellen Finanzakquise abhängig. Anfang 2007 stellt sich die Finanzsituation der Regionalen Knoten überwiegend als eine Koproduktion von Bundes- und Landesebene dar: Der größte Teil der Regionalen Knoten wird mindestens hälftig von einem Finanzgeber auf der Bundesebene finanziert, erhält aber auch in unterschiedlichen Anteilen Mittel von der Landesebene, meist aus den Mitteln der als Träger fungierenden Landesvereinigung.

Anfang 2004 nahmen mit finanzieller Unterstützung durch die BZgA Regionale Knoten in Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen ihre Arbeit auf. Im Sommer 2004 folgten Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, nachdem der BKK Bundesverband in die Finanzierung einstieg. Der Regionale Knoten in Bayern wurde Anfang 2006 eingerichtet und wird ausschließlich von der Landesebene, durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz gemeinsam mit den bayerischen Krankenkassenverbänden finanziert. Seit dem Sommer 2006 ermöglicht die Unterstützung durch den VdAK/AEV die Arbeit der Re-

gionalen Knoten in Bremen, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern (Das bundesweite Netzwerk wurde durch die Arbeitsaufnahme in Rheinland-Pfalz (Oktober 2006) und im Saarland (Januar 2007) geschlossen. Die Arbeit in den letzten beiden Bundesländern wird jeweils gemeinschaftlich durch die Landesministerien und die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen gefördert (s. Abbildung A 5 im Anhang).

Die Arbeit aller Regionalen Knoten orientiert sich an gemeinsamen Referenzzielen mit der Perspektive, die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in den Bundesländern, zu stärken. Die Entscheidung über inhaltliche Arbeitsschwerpunkte liegt jeweils in der Verantwortung der einzelnen Regionalen Knoten. Die zentrale Koordinierung der Arbeit liegt bei der Landesvereinigung Gesundheit Berlin e.V. und gewährleistet die Kommunikation und den Erfahrungsaustausch unter den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten. Sie entwickelt gemeinsam mit diesen und den Träger-Institutionen sowie unter Einbeziehung des beratenden Arbeitskreises gemeinsame Standards für die Arbeit und unterstützt deren Umsetzung, zum Beispiel eines einheitlichen Planungs- und Berichtssystems.

Die Arbeitsinhalte der Regionalen Knoten umfassen neben dem Aufbau und der Betreuung thematischer Arbeitskreise und der Pflege regionaler Netzwerke die Durchführung von Fachveranstaltungen zu einem breiten Themenspektrum, aber auch so unterschiedliche Aktivitäten wie die Konzipierung von Wettbewerben zur Ermittlung und öffentlichkeitswirksamen Darstellung guter Praxisbeispiele, die Entwicklung und Durchführung von Modellprojekten oder auch die gezielte Fortbildung von Gesundheitsförderern.

Beispielsweise führte der Regionale Knoten Hamburg in der ersten Jahreshälfte 2006 eine Workshopreihe zur praxisnahen Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Gesundheits-, Sozial- und Familienarbeit zu den Themenschwerpunkten Qualitätsentwicklung, Projektförderung und Ressourcenorientierung in der Arbeit mit Risikofamilien durch. In Schleswig-Holstein und Thüringen entwickelten die Regionalen Knoten vor dem Hintergrund des jeweils in den Regionen ermittelten Bedarfs Modellprojekte zur Gesundheitsförderung bei allein Erziehenden bzw. zur Integration von Stadtteilarbeit und Gesundheitsförderung und sind aktiv an der Umsetzung beteiligt. Der vom Regionalen Knoten Brandenburg konzipierte Kita-Preis ‚Emmi' (Eltern machen mit) richtet sich an Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten und dient der Auszeichnung gesundheitsförderlicher Aktivitäten unter Einbeziehung der Eltern, da diese für eine langfristige Wirksamkeit der Maßnahmen von zentraler Bedeutung sind. 2005 als Pilotvorhaben in vier kreisfreien Städten durchgeführt, wurde der ‚Emmi' 2006 landesweit ausgeschrieben.

Aktuelle Informationen zur Arbeit in den Regionalen Knoten finden sich auf der Internet-Seite des Kooperationsverbundes: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten.

In ihrem Leitfaden zur Umsetzung der Regelungen des § 20 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen vom Februar 2006 empfehlen die Spitzenverbände der GKV, „bei der Umsetzung von Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz … bereits vorhandene Strukturen Kassenarten übergreifender Organisation" zu nutzen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006: 12). Ausdrücklich benennen sie die Regionalen Knoten als geeignete Anknüpfungspunkte und verweisen auf den nachfolgend beschriebenen Good Practice-Prozess als mögliche künftige Bewertungsgrundlage für die Qualität gesundheitsfördernder Angebote.

6.4.2.2 Erfolgreiches bekannt machen: Auswahl und Präsentation von Good Practice-Beispielen

1049. Die Stärkung und Verbreitung guter gesundheitsförderlicher Praxis nimmt in der Arbeit aller Regionalen Knoten einen zentralen Stellenwert ein und ist gemeinsamer Bestandteil der Arbeit. Der Good Practice-Ansatz wurde im beratenden Arbeitskreis als geeignetes Instrument zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung ausgewählt, da die begrenzten Ressourcen ein Verfahren erfordern, das eine maximale Multiplikations- und Motivationswirkung bei kalkulierbarem Mitteleinsatz ermöglicht. Die Grundidee des Good Practice-Ansatzes, Praktikern durch die Orientierung an gelungenen Beispielen Anregungen zur Verbesserung der eigenen Angebotsqualität zu geben, geht auf das Benchmarking-Konzept der Betriebswirtschaft zurück, welches sich auf Projektarbeit im Non-Profit-Bereich jedoch nicht 1:1 umsetzen lässt. Der Ansatz bietet aber eine Reihe erfolgversprechender Ansatzpunkte für die Entwicklung im Feld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung:

- Die Orientierung am Good Practice-Beispiel ist für Praxisanbieter wesentlich kostengünstiger als umfassende, in der Regel extern begleitende Maßnahmen der Qualitätsentwicklung.
- Beispiele guter Praxis sind anschaulich und lebendig. Sie vermitteln die Botschaft, dass gute Praxis machbar ist.
- Good Practice-Beispiele betonen den fachlichen Aspekt der Arbeit, während allgemeinere Ansätze zur Qualitätsentwicklung wesentlich abstrakter den Schwerpunkt auf Struktur- und Prozessentwicklung legen.
- Good Practice-Beispiele lassen sich öffentlichkeitswirksam vermitteln: Anders als Ansätze der organisations-individuellen Qualitätsentwicklung lassen sich die Praxisbeispiele im Rahmen öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen zur Stärkung von Qualitätsentwicklung einsetzen.

1050. Das im Rahmen des Kooperationsverbundes entwickelte Verfahren zur Auswahl und Präsentation der Good Practice-Beispiele legt Wert auf größtmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Auswahl. Hierzu wurde vom beratenden Arbeitskreis ein Katalog mit zwölf Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Abbildung 47) entwickelt, der die fachliche Grundlage des mehrstufigen Verfahrens zur Auswahl und Beschreibung der Beispiele ist.

Abbildung 47

Good Practice-Kriterien

1. Gesundheitsfördernde Konzeption liegt vor
2. Zielgruppe (sozial Benachteiligte/präzise eingegrenzt)
3. Innovation und Nachhaltigkeit
4. Multiplikatorenkonzept
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise
6. Partizipation der Zielgruppe
7. Empowerment
8. Setting-Ansatz
9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung
10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung
11. Dokumentation/Evaluation
12. Günstige Kosten-Nutzen-Relation

Quelle: Kooperationsverbund 2006

Die Erfüllung der ersten beiden Kriterien ist für alle ausgewählten Good Practice-Beispiele verbindlich: Sie müssen auf der Grundlage einer Konzeption arbeiten, aus der der gesundheitsfördernde Ansatz hervorgeht (Kriterium 1) und müssen einen klaren Bezug auf eine sozial benachteiligte Zielgruppe haben (Kriterium 2). Um die ausgewählten Angebote nicht zu überfordern und die Darstellung inhaltlich zu fokussieren, werden von den weiteren Kriterien bis zu drei ausführlich beschrieben und als besonders nachahmenswerte Praxisbereiche ausgewiesen. Diese Konzentration auf die besonderen Stärken der Beispiele soll es allen Interessierten erleichtern, diese für die eigene Arbeit nutzbar zu machen.

1051. Die Auswahl der Good Practice-Beispiele erfolgt im Wesentlichen durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten als Experten für die Praxis in ihren Bundesländern. Die Auswahl und Beschreibung erfolgt im Rahmen eines mehrstufigen Auswahlverfahrens:

- Die Ansprechpartner der potentiellen Good Practice-Beispiele füllen eine Checkliste zur Umsetzung der Good Practice-Kriterien in ihrem Angebot aus. Diese Selbsteinschätzung ermöglicht es den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten, in der Zusammenschau mit weiteren vorliegenden Materialien zur Arbeit der Projekte, die möglichen Good Practice-Bereiche einzugrenzen.
- Anhand eines differenzierten Interviewleitfadens werden die Projektanbieter zur Umsetzung der im ersten Auswahlschritt eingegrenzten Good Practice-Kriterien befragt. Soweit möglich, stellen die Projektanbieter weiteres Informationsmaterial zur Verfügung, um ihre Arbeit möglichst transparent zu machen. Die im Anschluss erstellte Darstellung der Good Practice-Bereiche wird mit den Projektanbietern abgestimmt.
- Der erste Peer-Review-Schritt erfolgt in der Ausarbeitungsphase der Projektbeschreibung: Die Koordinatoren der Regionalen Knoten diskutieren gegenseitig ihre Entwürfe, um ggf. vorhandene Schwachpunkte aufspüren und bei Bedarf in Rücksprache mit den Projektanbietern nachbessern zu können.
- Im abschließenden Review-Schritt beurteilt jeweils ein Mitglied des beratenden Arbeitskreises die Good Practice-Beschreibungen und erläutert – falls notwendig – den Überarbeitungsbedarf.
- Im Anschluss an die Abschlussredaktion der Good Practice-Beispiele durch die zentrale Koordinierung werden die ausgewählten Beispiele im Rahmen der Online-Datenbank zur Recherche eingestellt und freigeschaltet.

1052. Die ersten Good Practice-Beispiele können seit Mitte 2006 in der Online-Datenbank recherchiert werden. Für jedes Beispiel finden sich zusätzlich zu den Good Practice-Beschreibungen auch ausführliche Erläuterungen zum Entstehungshintergrund und zum Vorgehen bei der Umsetzung der gesundheitsfördernden Interventionen.

1053. Die Good Practice-Kriterien werden im Rahmen des von Gesundheit Berlin mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführten Projekt der Präventionsforschung ‚Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte' mit Projektanbietern diskutiert, um den Prozess praxisgerecht weiterentwickeln zu können (vgl. auch Unterkapitel 6.5).

Weiterführende Informationen zum Good Practice-Prozess finden sich im Internet unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice und in Band 5 der BZgA-Reihe ‚Gesundheitsförderung Konkret': Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA 2006).

Die GKV-Spitzenverbände benennen den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes in ihrem aktuellen Leitfaden Prävention als einen Bezugspunkt insbesondere für die Qualitätsentwicklung im Feld der settingorientierten Gesundheitsförderung (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006a).

6.4.2.3 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de – die bundesweite Angebotsdatenbank

1054. Die bundesweite Angebotsdatenbank der BZgA ist der bundesweit umfassendste Überblick über Angebote der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse einer ersten Auswertung des bundesweiten Datenbestandes wurden im Sachverständigenrats-Gutachten 2005 vorgestellt (GA 2005, Ziffer 348). Die Datenbank erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Erschließung des Handlungsfeldes, zeigt aber die Bandbreite der Akteure und Interventionen soziallagenbezogener Gesundheitsförderung insbesondere an der Schnittstelle zur sozialen Arbeit auf. Sie bietet allen interessierten Akteuren aus Praxis, Wissenschaft, Politik oder den Krankenkassen die Möglichkeit, inhaltlich differenziert Angebote zu recherchieren. Die Regionalen Knoten nutzen die Datenbank als Möglichkeit, Anbieter gezielt auf die Beteiligung an Arbeitskreisen anzusprechen oder zu Fachveranstaltungen einzuladen. Die Datenbank dient ebenfalls als Grundlage zur Auswahl der Good Practice-Beispiele und erfuhr 2006 durch die Möglichkeit, diese gezielt zu recherchieren, eine wichtige inhaltliche Weiterentwicklung.

1055. Ergänzend zu den online verfügbaren Recherche-Optionen wird die Datenbank auch als bundesweit vollständigster Überblick für inhaltlich vertiefende Untersuchungen genutzt. Ausgehend von einer thematischen und regionalen Filterung des Datenbestandes erschließt sich ein differenzierter Feldzugang, der es ermöglicht, anschließend beispielsweise durch leitfadengestützte Interviews weiterführende und thematisch fokussierte Informationen zu erheben. Solche Auswertungen wurden beispielsweise im Auftrag des BKK Bundesverbandes zur Praxis der Gesundheitsförderung im Setting (Kilian et al. 2004) oder zur Beschreibung zielgruppenadäquater Zugangswege bei Angeboten für Migrantinnen und Migranten (Bunge et al. 2006) durchgeführt.

6.4.2.4 Termine, Materialien, Links und mehr: Die Internetplattform

1056. Die Informationen zu den oben beschriebenen Aktivitäten und viele weitere Inhalte werden auf der Internetplattform ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) dargestellt. Hier finden sich – zusätzlich zu den Seiten der Regionalen Knoten, zu Good Practice und zur Online-Datenbank – auch aktuelle Meldungen, eine bundesweite Terminübersicht, ein Überblick über Materialien (z. B. Gesetzestexte und Leitlinien) und Forschungsarbeiten, Informationen zum jährlich stattfindenden bundesweiten Kongress ‚Armut und Gesundheit' sowie Adressen und Links.

1057. Die Arbeit des Kooperationsverbundes ist eng verzahnt mit dem von Juni 2004 bis Mai 2007 durchgeführten und von der BZgA koordinierten EU-Projekt ‚Closing the Gap – Strategies to Tackle Health Inequalities in Europe' (www.health-inequalities.eu; vgl. Anhang).

6.4.2.5 Ausblick

1058. Neben den oben skizzierten zentralen Arbeitsergebnissen ist es im Rahmen des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' gelungen, ein Netz starker Kooperationspartner aufzubauen. Neben der Weiterentwicklung der vier Arbeitsbereiche (Angebotsdatenbank, Internetplattform, Good Practice und Regionale Knoten) wird auch in Zukunft gemeinsam mit den Kooperationspartnern an der Erschließung neuer Aufgaben gearbeitet. Von besonderer Bedeutung wird es sein, die Arbeit des Netzwerks Regionaler Knoten bundesweit flächendeckend zu verstetigen und eine partnerschaftliche Finanzierung auf der Landesebene zu sichern. Auch bieten die Strukturen des Kooperationsverbundes gute Möglichkeiten, ein bundesweit gemeinschaftlich getragenes Konzept der Qualitätsentwicklung zu etablieren, in dem unter anderem der Good Practice-Prozess ein wichtiger Baustein sein kann.

1059. Der Rat begrüßt den Ausbau des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' und betont die Notwendigkeit, Akteure und Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung stärker miteinander zu vernetzen. Der Rat empfiehlt, die Arbeit des Kooperationsverbundes als Informations- und Kommunikationsplattform zu verstetigen.

1060. Der Rat begrüßt den in Gestalt der Regionalen Knoten gelungenen Aufbau einheitlicher Strukturen zur Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene. Er empfiehlt, diese Strukturen zu stärken und auszubauen, indem insbesondere die Kontinuität der Finanzierung gesichert wird. Die bereits in einigen Bundesländern praktizierte paritätische Finanzierung durch Landesministerien und GKV sollte als Orientierung für die Schaffung vergleichbarer Finanzierungsstrukturen für die anderen Bundesländer dienen.

1061. Der Rat begrüßt den Beitrag zu einer niedrigschwelligen und kostengünstigen Qualitätsentwicklung, der im Rahmen des Kooperationsverbundes durch die Auswahl von Good Practice-Beispielen geleistet wird. Der Rat empfiehlt, ausgehend von diesem Prozess den Ansatz einer partizipativen Qualitätsentwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung fortzuführen und ihn insbesondere im Zuge der Umsetzung von Maß-

nahmen nach § 20 Abs. 1 des SGB V als Grundlage für eine partizipative Qualitätsentwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu nutzen.

6.4.3 Zwischenfazit und Empfehlungen

1062. Die Erprobung und Entwicklung geeigneter Zugänge und Methoden der Intervention zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen kann als Suchprozess mit Experimenten (und demzufolge auch Erfolgen und Misserfolgen) beschrieben werden. Da es in Deutschland bislang an einer handlungsleitenden nationalen Präventionsstrategie – und infolgedessen auch an Kriterien der Priorisierung sowie an Anreizen und Mechanismen zur Bündelung von Erfahrungen, Qualifikationen und Ressourcen – fehlt (vgl. Abschnitt 6.3.2), sind die Präventionsakteure hierzulande darauf angewiesen, zumindest in ihren jeweils eigenen Handlungsfeldern solche Mechanismen sowie Möglichkeiten der koordinierten Dokumentation und Qualitätssicherung zu schaffen. In den vorhergehenden beiden Abschnitten wurden zwei Wege zu diesem Ziel dargestellt.

1063. Im Modellprojekt ‚gesund leben lernen' der GKV-Spitzenverbände wurden in drei Bundesländern kriteriengeleitet 63 Bildungseinrichtungen identifiziert und zur Teilnahme an primärpräventiven Interventionen gewonnen. Dieser von Kriterien geleitete, koordinierte und qualitätsgesicherte Ansatz der Spitzenverbände der GKV entspricht dem Sinn des § 20 SGB V und enthält durch die Wahl des Settings Schule auch Möglichkeiten der Synergie, des Benchmarkings und der Akkumulation von Erfahrungen. Eine sorgfältige Dokumentation und Publikation der – positiven wie negativen – Projekterfahrungen ist notwendig, weil nur so eine Wirkung auf die Qualität der Primärprävention in Schulen, sowie in Settings/Lebenswelten insgesamt erwartet werden kann. Es erscheint aussichtsreich und wünschenswert, Erfahrungen im Hinblick auf Zugang, Projektplanung, Partizipation, Projektdurchführung und Qualitätssicherung dieses Modellprojekts mit den vorliegenden Befunden zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu vergleichen, um auf diese Weise die Wissensbasis über Interventionen in Lebenswelten/Settings zu verbreitern. Es steht zu hoffen, dass die Spitzenverbände bzw. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Auslaufen des jetzigen Modellversuchs unter Nutzung der dabei angefallenen Erfahrungen und Erkenntnisse weitere Modellversuche in Lebenswelten/Settings initiieren, finanzieren und in ihrer Qualität sichern. Die Überführung erfolgreicher Modelle in den Regelbetrieb bleibt eine wichtige Aufgabe.

1064. Während die teilnehmenden Schulen des Modellprojekts ‚gesund leben lernen' der Spitzenverbände der GKV kriteriengeleitet, also gewissermaßen deduktiv ausgewählt wurden, geht der bundesweite Kooperationsverbund ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' der BZgA den anderen, eher induktiven Weg: Ausgangspunkt sind nicht Settings, die sich nach sozialen und damit auch gesundheitlichen Kriterien für Interventionen empfehlen, sondern bereits existierende Sozial- und Gesundheitsprojekte unterschiedlicher Träger für unterschiedliche Gruppen in unterschiedlichen Settings. Auf freiwilliger und kostenloser Basis werden diesen Projekten Leistungen der Vernetzung, Qualifizierung und Qualitätssicherung angeboten, die auch gut angenommen werden. Auch dies ist ein Weg, der nicht nur Qualität und Nachhaltigkeit der einzelnen Projekte verbessern kann, sondern auch hilft, Erfahrungen und Erkenntnisse durch Vernetzung, Dialog und Benchmarking zu bündeln und zu systematisieren. Der Auf- und Ausbau des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' ist ein aussichtsreicher Schritt, um Akteure und Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung stärker miteinander zu vernetzen. Die Einrichtung und Pflege einer interaktiven Informations- und Kommunikationsplattform kann helfen, diesen Prozess zu verstetigen. Mit dem Aufbau der von der Landesvereinigung Gesundheit Berlin e.V. koordinierten Regionalen Knoten ist ein wichtiger Schritt in Richtung auf einheitliche Strukturen zur Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene gelungen. Diese Strukturen sollten gestärkt und ausgebaut werden. Die Kontinuität der Finanzierung sollte gesichert werden. Die bereits in einigen Bundesländern praktizierte paritätische Finanzierung durch Landesministerien und GKV sollte als Orientierung für die Schaffung vergleichbarer Finanzierungsstrukturen für die anderen Bundesländer dienen. Hervorzuheben ist der Beitrag zu einer niedrigschwelligen und kostengünstigen Qualitätsentwicklung, der im Rahmen des Kooperationsverbundes durch die Auswahl von Good Practice-Beispielen geleistet wird. Der damit gewählte Ansatz einer partizipativen Qualitätsentwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sollte fortgeführt und insbesondere auch bei der Umsetzung von Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V genutzt werden.

6.5 Forschung zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen

1065. Fortschritt in Zugängen, Methoden, Wirkungen und Wirkungsmessung zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen können in diesem für die Gesundheitspolitik neuen und schwierigen Terrain nicht ohne wissenschaftliche Unterstützung erwartet werden. Mit einiger Verspätung gegenüber anderen europäischen Ländern hat sich auch die staatliche Forschungsförderung in Deutschland des Problems der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen angenommen.

6.5.1 Public Health Forschung in der Bundesrepublik Deutschland – Wiederaufbau nach 50 Jahren

1066. Nach der Pervertierung der vor allem in den 1920er Jahren wissenschaftlich und gesundheitspolitisch hoch angesehenen Sozialhygiene durch die ‚Rassenhygiene' des Nationalsozialismus und den Rückbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik nach dem zweiten Weltkrieg stand die bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung hierzulande lange Zeit im Schatten der biomedizinischen und am Individuum orien-

tierten Wissenschaften. Erst seit den sechziger Jahren fanden die sozialen Verhältnisse als maßgebende Prädiktoren von Gesundheit zumindest in der Wissenschaft wieder eine ihnen gebührende Beachtung. Die Diskussion um Arbeitsbedingungen und Umwelteinflüsse sowie die Beobachtung, dass chronisch-degenerativen Erkrankungen durch Präventionsmaßnahmen besser zu begegnen ist als durch Kuration, rückten Forschungsfragen zurück ins Blickfeld, die in den USA, Großbritannien und Skandinavien unter der Bezeichnung Public Health kontinuierlich bearbeitet wurden. Die öffentliche Forschungsförderung reagierte auf die geänderte Wahrnehmung der Forschungsbedarfe. Im Jahr 1978 beschloss die Bundesregierung das Programm ‚Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit', das vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT), dem Bundesministerium für Arbeit (BMA) und dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) getragen wurde (BMFT 1978). Hierin wurden auch Forschungen zur Prävention gefördert, insbesondere zu Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs (BMFT 1983; BMFT 1988; GSF 1990a). Das bedeutendste Projekt des Programms mit einem Fördervolumen von rund 30 Mio. _ war die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) (BMFT 1986). Ab 1993 trug das Programm den Titel ‚Gesundheitsforschung 2000' (BMFT 1993) und ab dem Jahr 2000 ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen'.

1067. Dass die Renaissance von Public Health mit dem Begriff Wiederaufbau richtig beschrieben ist, zeigt auch die Tatsache, dass die Hauptlast der Förderung nicht vom Bundesministerium für Arbeit übernommen wurde, dem für Gesundheitspolitik eigentlich zuständigen Fachministerium, sondern vom Forschungsministerium. Da sich die Rudimente von Public Health (z. B. Hauß et al. 1981) im internationalen Vergleich kümmerlich ausnahmen (Braun 1992), genoss der Wiedereinstieg in diese Disziplin wissenschaftspolitisch eine gewisse Priorität. Der Umweg über das Wissenschaftsressort war auch nötig, weil einige gesundheitspolitische Akteure mit Einfluss auf das BMA den Rückstand in Deutschland nicht einsehen wollten und an den gewohnten Verhältnissen festzuhalten versuchten. Zur Klärung der Lage gab das BMFT im Jahr 1987 eine Studie in Auftrag, die die Perspektiven der Gesundheitsforschung in Deutschland aufzeigen sollte (Schwartz et al. 1991). Die Studie kam zum Ergebnis, dass das Thema öffentliche Gesundheit hierzulande ohne kommunikative Vernetzung, ohne planvolle Forschungsförderung und ohne entsprechend qualifizierende Studienangebote bearbeitet werde. Ebenfalls mit Förderung des BMFT entstanden eine Befragung von Gesundheitssystemforschern (GSF 1990b) und ein Gutachten zur bisherigen Forschungsförderung (Braun 1991), die beide den Aufbau von Public Health Studiengängen empfahlen. Gleiches forderte 1991 eine Denkschrift im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung (Schwartz/Badura 1991). Diese Statements der Wissenschaftler legitimierten den Aufbau der Public Health Studiengänge lediglich im Nachgang. Der Beschluss hierzu war im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bereits 1989 gefasst worden (von Troschke et al. 1993). Der erste postgraduale Master-Studiengang für Public Health war noch im selben Jahr in Bielefeld eingerichtet worden (von Troschke et al. 1993). In kurzer Zeit folgten weitere an anderen Hochschulen (von Troschke et al. 1993; Schwartz et al. 1999a; Schwartz/Badura 1991; Göpfert et al. 2003; von Troschke 2001). Ab 1992 förderte das BMBF die Vernetzung der Public Health Forschung durch die Gründung der fünf Public Health Forschungsverbünde mit insgesamt rund 50 Mio. €.

6.5.2 Primärprävention für sozial Benachteiligte

1068. Eine Legitimationsgrundlage für den Aufbau der Public Health Forschung ist die Annahme gewesen, dass Primärprävention einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung beisteuern könne. Dieser Nachweis ist schrittweise erbracht worden. Zunächst wurden in einer von Optimismus geprägten Startphase neue Zielgruppen und Anwendungsbereiche identifiziert. In einer weiteren Etappe, die man auch als Bewährungsphase bezeichnen könnte, war der Nachweis der Wirksamkeit und Kosteneffizienz zu führen (Schwartz et al. 1999). Im weiteren Verlauf des Reifeprozesses ist heute die Qualitätssicherung in den Vordergrund gerückt. Hierzu gehört inzwischen auch die Sicherung der Finanzierungsbasis durch eine Verpflichtung der GKV, die sozialrechtliche Regulierung der Vertragsbeziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Anbietern, der zunehmende Einsatz interner und externer Evaluationen bei den Interventionsprojekten und eine im Wachstum befindliche Evaluationsforschung. Ein weiteres Element der Professionalisierung ist neben der Qualitätssicherung die bedarfsgerechte Lenkung der Ressourcen.

1069. In der Gesundheitsforschung ist inzwischen unstrittig, dass sozial Benachteiligte eine höhere Morbidität aufweisen (Lampert/Ziese 2005). Dementsprechend gilt es weithin als notwendig, diese Teile der Bevölkerung beim Zugang zu Gesundheitsleistungen besonders zu fördern. Auch bezüglich der Primärprävention wird die Notwendigkeit gesehen, vulnerable Gruppen intensiver als die übrigen anzusprechen und zielgruppenspezifische Instrumente zu entwickeln (z. B. Kolip 2004; Moebus et al. 2005; Bauer 2005; Rosenbrock/Kümpers 2006). Von Forderungen und Absichtserklärungen auf eine entsprechende Prioritätensetzung in der Präventionspraxis zu schließen, wäre jedoch voreilig. Der Anteil jener Projekte, die sich primär um vulnerable Gruppen kümmern, scheint niedriger zu sein, als vielfach angenommen wird. Eine Studie in Bayern registriert lediglich einen Anteil von rund drei Prozent (Wildner et al. 2006; vgl. Moebus et al. 2005). Bezüglich der Präventionsforschung muss deshalb überprüft werden, ob sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen tatsächlich ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zur Bestandsaufnahme der Forschung wurden Vertreter potentieller Finanzierungsträger

nach den von ihnen geförderten Projekten befragt. Sofern vorhanden, wurden Datenbanken ausgewertet.[273]

6.5.3 Finanzierungsträger der Forschung

1070. Der bedeutendste Finanzierungsträger der Forschung zur nichtmedizinischen Primärprävention für sozial Benachteiligte ist die Bundesregierung und hier insbesondere das BMBF sowie im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit die BZgA. Durch sein Förderprogramm zum Aufbau der Public Health Verbünde waren im Hinblick auf das BMBF in den neunziger Jahren immerhin zwei entsprechende Projekte unterstützt worden. Schwerer wiegt jedoch ab dem Jahr 2000 das Programm ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen'. Hierin besteht seit 2003 ein Förderschwerpunkt ‚Präventionsforschung', der in drei Phasen umgesetzt wird. In der ersten Welle werden von 2004 bis 2008 15 Projekte zu den Themen Ernährung, Bewegung, Stress und Sucht gefördert. In der zweiten Welle wird von 2006 bis 2009 die Forschung zur Zielgruppe Kinder und Jugendliche behandelt. Eine Durchsicht hat ergeben, dass von den 32 Projekten 16 einen expliziten Bezug zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen aufweisen. Von den 11 Mio. € Fördermitteln der ersten beiden Wellen entfallen knapp 6 Mio. € auf diese Projekte. Das BMBF macht keine Angaben zu Qualität und Ergebnissen der geförderten Projekte. Es verweist lediglich darauf, dass im Bereich Gesundheitsforschung allgemein noch Forschungsbedarf bestehe. Diesem trage man Rechnung, indem die Gesundheitsforschung Bestandteil der High-Tech-Strategie der Bundesregierung sei. Dies verdeutliche ihre hohe Priorität bei der Wissenschaftsförderung. In 2007 werde die dritte Welle des Förderprogramms Präventionsforschung mit dem Schwerpunkt ‚ältere Menschen' anlaufen. Mit weiteren Projekten zu sozial Benachteiligten ist zu rechnen. Eine Festlegung zur weiteren Förderstrategie im Bereich Präventionsforschung ist bis dahin nicht vorgesehen. Nach Abschluss des Programms werden im Rahmen der Strategieentwicklung Expertengespräche geführt werden.

1071. Das Bundesministerium für Gesundheit weist darauf hin, dass es grundsätzlich nur für Versorgungsforschung zuständig sei. Grundlagenforschung zur Prävention falle in das Ressort des BMBF und versorgungsnahe Forschung im Zusammenhang mit Primärprävention beforsche die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG. Das BMG selbst habe im Rahmen des Modellprogramms zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit mehrere Projekte zur Zielgruppe der Migranten finanziert. Nach Einschätzung des Ministeriums sei die Effektivität und Effizienz primärpräventiver Maßnahmen, abgesehen von der betrieblichen Gesundheitsförderung, noch nicht nachgewiesen – bestehe also noch Forschungsbedarf im Hinblick auf zielgruppengerechte Interventionen. Deshalb unterstütze das BMG das Programm ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen'. Zum künftigen Präventionsgesetz plane das Ministerium eine Begleitforschung. Ziel sei es unter anderem, die Erfolge des partizipativen Setting-Ansatzes in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf andere Zielgruppen zu übertragen. Chancengleichheit werde hier ein zentraler Aspekt sein.

1072. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gibt an, dass sie keinen expliziten Auftrag zur Forschungsförderung habe. Gleichwohl werden zur Absicherung der Interventionen und Kampagnen Forschungsvorhaben finanziert. Bezüglich der Präventionsforschung zu sozial Benachteiligten sieht die BZgA noch Forschungslücken, insbesondere im Zusammenhang mit Migranten. Die augenblickliche Forschungsstrategie sieht keine Privilegierung der sozial Benachteiligten vor, sondern prinzipiell eine Ausdifferenzierung der Interventionsinstrumente (BZgA 2005a). Diese soll eine bessere Erreichbarkeit der verschiedenen Zielgruppen bewirken. Die Berücksichtigung der sozial Benachteiligten stellt für die BZgA eine Querschnittsaufgabe dar. Derzeit wird die Forschungsstrategie überarbeitet. Es ist vorgesehen, die Zugangsmöglichkeiten der Prävention zu sozial Benachteiligten stärker zu beforschen.

1073. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) ist bisher kein Finanzierungsträger der hier behandelten Forschung. Es existiert kein Konzept zur Berücksichtigung sozial Benachteiligter, noch eine Übersicht zu entsprechenden Projekten. Im Rahmen der Nachforschungen konnte kein entsprechendes Vorhaben identifiziert werden. Im Sinne der Primärprävention relevant sind lediglich Grundlagenforschungen zur Ernährungssoziologie. Diese weisen jedoch keinen Bezug zu Interventionsproblemen auf. Zum Stand der Forschung stellt das BMELV fest, dass die verschiedenen Zielgruppen der sozial Benachteiligten noch klarer zu definieren sind und das Spektrum der Interventionen zu erweitern sei. Der Forschungsstand zu den verschiedenen Gruppen von Migranten sei unzureichend. Nach Auffassung des BMELV ist die Primärprävention bei sozial Benachteiligten bisher weniger erfolgreich als bei der Mittelschicht. So sei noch klärungsbedürftig, ob verhaltensbezogene Interventionen bei bildungsfernen Schichten nachhaltig wirksam sein können. Durch die Forschung wäre zu prüfen, ob in vielen Fällen nicht erst die Stärkung grundlegender Voraussetzungen zur Lebensplanung und -gestaltung notwendig ist, also verhältnispräventiven Ansätzen im Bildungssystem mehr Gewicht einzuräumen ist. Das BMELV selbst werde die Berücksichtigung der sozial Benachteiligten in seiner Forschungsplanung erörtern. Auf der Ebene der versorgungsnahen Methodenentwicklung werden derzeit im Rahmen des Programms ‚Besser essen. Mehr bewegen.' 24 Interventionsprojekte gefördert. Die Zielgruppe sind Kinder und Familien, insbesondere aus sozial schwierigen Verhältnissen. Die Projekte laufen von 2007 bis 2009 und werden mit 15 Mio. _ gefördert. Mit der Begleitforschung ist das Institut für Ernährungsökonomie und -soziologie der Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel in Karlsruhe beauftragt. Zu diesem Zeitpunkt ist noch nicht zu bewerten, ob ein Beitrag zur Präventionsforschung geleistet wird.

---

[273] Projektdatenbank des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte'; Förderschwerpunkt ‚Präventionsforschung' im Programm ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen' beim BMBF; Übersicht über die Teilvorhaben der Forschungsverbünde Public Health beim DLR.

1074. Die Krankenkassen sind bisher keine relevanten Finanzierungsträger. Nach eigener Auffassung sind sie nicht für Forschungsförderung zuständig. Der gesetzliche Auftrag der Kassen erstrecke sich lediglich auf die Finanzierung der Versorgung und präventiver Interventionen. Datenerhebungen erfolgen nur zur Absicherung der Interventionsprojekte (z. B. Gomm 2003; IKK 2006). In den Leitlinien der Spitzenverbände zur Umsetzung des § 20 SGB V ist festgelegt, dass reine Forschungsprojekte und Screenings mit geringem Anteil von Interventionen nicht förderfähig sind (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006a). Somit existiere keine zentrale Datenbank für Forschungsprojekte. Eine Ausweitung des gesetzlichen Auftrages auf die Forschungsförderung durch eine Änderung des SGB V betrachten die Kassen als zweckwidrig. Demgegenüber diene die versorgungsnahe Evaluationsforschung der Bildung von Qualitätsstandards und der Sicherung der Qualität. Deshalb finanziert die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände seit 2003 ein Projekt zur Entwicklung von Evaluationsinstrumenten, allerdings ohne Eingrenzung auf sozial Benachteiligte. Zum Forschungsstand und Forschungsbedarf hinsichtlich der Primärprävention für sozial Benachteilige haben die Kassen noch keinen gemeinsamen Standpunkt entwickelt. Dies könnte eine Aufgabe des kommenden Dachverbandes der GKV-Kassen (Spitzenverband-Bund) sein.

6.5.4 Forscher

1075. Die finanzielle Förderung verteilt sich auf zahlreiche Forschergruppen und Institute. Die Mehrheit der Auftragnehmer arbeitet an Hochschulen. Trotz der Anbindung an die Hochschulen finanziert sich dieses Netzwerk überwiegend aus Drittmitteln. Es kann somit nicht überraschen, dass die Frage, ob weitere Forschungen notwendig sind, einhellig bejaht wird. Gleichwohl lassen sich Prioritäten erkennen. Insbesondere aus dem Umfeld der Multiplikatorenausbildung und -koordinierung wird empfohlen, die Forschungsförderung stärker von der Grundlagenforschung und Problemanalyse auf die Wirkungsforschung und anwendungsorientierte Methodenentwicklung zu verlagern. Bisher würden Lerneffekte bei den Praktikern von der Wissenschaft noch zu wenig stimuliert, weil die Methodenentwicklung noch zu wenig auf gute Praxis in den konkreten Projekten bezogen sei. Nötig seien zunächst eine Bestandsaufnahme der internationalen Forschungsergebnisse und der Transfer in den deutschen Diskurs. Die deutsche Praxis wäre auf den internationalen Stand zu bringen. Anschließend sollten verstärkt erfolgreiche Modelle identifiziert und gefördert werden, um das Lernen am Beispiel zu ermöglichen.

6.5.5 Bestandsaufnahme

1076. Die Stellungnahmen der potentiellen Finanzierungsträger zeigen, dass die Berücksichtigung der sozial Benachteiligten als wichtige Aufgabe der Präventionsforschung gesehen wird. Gleichwohl existiert keine spezifische Förderstrategie. Der Anteil dieser Projekte am Gesamtvolumen war nicht bekannt. Keiner der Finanzierungsträger gab an, einen Teil der Forschung für die prekären Gruppen zu reservieren oder zeigte entsprechende Absichten. Somit ist die notwendige positive Diskriminierung der Benachteiligten keineswegs abgesichert. Ingesamt konnten 38 relevante Projekte registriert werden. In die Datenbank wurden nur reine Forschungsprojekte oder Interventionsprojekte mit einer eigenständigen Komponente für forschungsorientierte Datengewinnung aufgenommen. Außerdem mussten sozial Benachteiligte im Vordergrund stehen oder für diese eine spezifische Datenerhebung und Auswertung erfolgt sein.

1077. Es steht außer Frage, dass die Forschungsförderung den schwer erreichbaren und bedürftigen Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit widmen sollte. Es bedarf hierzu keiner neuen Bürokratie, wohl aber interner Leitlinien und eines besser entwickelten Problembewusstseins. Ein wesentlicher Schritt besteht in einer problemorientierten Bestandsaufnahme. Die ersten Nachforschungen waren lediglich explorativ und sind hierzu nicht hinreichend. Zum Einstieg in einen Diskurs können aber die folgenden Fragen diskutiert werden:

– Wer finanziert die Forschung?

– Was sind die Forschungsfragen?

– Welche Gruppen von sozial Benachteiligten werden beforscht?

– In welchem Umfang werden verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen erforscht?

– In welchem Verhältnis stehen Primärforschung und Sekundäranalyse?

1078. Der wichtigste Finanzierungsträger der Forschung zur nichtmedizinischen Primärprävention ist die Bundesregierung mit ihrem Gesundheitsforschungsprogramm und im Geschäftsbereich des Bundesmiisteriums für Gesundheit die BZgA. Auf diesen Träger entfallen 73,7 % der geförderten Projekte. Obgleich durch intensivere Recherchen noch einige Projekte aufgespürt werden könnten, kann festgehalten werden, dass das BMBF der maßgebende Finanzierungsträger der hier behandelten Forschung ist. Es bestätigt sich einmal mehr, dass die Public Health Forschung immer noch wesentlich von der Wissenschaftsförderung getragen wird.

1079. Bei der Durchsicht der Projekte lassen sich verschiedene Forschungsfragen identifizieren, die gleichsam als Kategorien für Forschungsaufträge verwendet werden können. Die Belastungs- und Ressourcenforschung (Rosenbrock et al. 2004) fragt: Welchen Belastungen ist die Zielgruppe ausgesetzt? Welche Ressourcen stehen ihr zur Bewältigung zur Verfügung? Aus den Ergebnissen sind Empfehlungen zur Verringerung von Umweltbelastungen im weitesten Sinne, zur Vermeidung von Risikoverhalten und zur Stärkung der Gesundheitsressourcen abzuleiten. In der Bestandsaufnahme wurden nur Untersuchungen berücksichtigt, die ihre Erkenntnisse zur Konzeptualisierung von primärpräventiven Interventionen nutzten. Das Health Impact Assessment untersucht den Einfluss einzelner politischer Entscheidung auf Gesundheitszustände (Impact 2004). Im Falle der Primärprävention für sozial Benachteiligte ist zu klären, welche Gesetze entsprechende Interventionen fördern oder behindern. Auch der Bedarf an Präventionsleistungen

Tabelle 28

Projekte nach Finanzierungsträger

Finanzierungsträger	Anzahl der Projekte	Anteil
BMBF	18	*47,4*
BZgA	10	*26,3*
BKK-Bundesverband	3	*7,9*
BMG	2	*5,3*
BMFSFJ	1	*2,6*
Land Niedersachsen	1	*2,6*
Deutsche Aids Hilfe	1	*2,6*
Arbeiterwohlfahrt	1	*2,6*
Europäische Union	1	*2,6*
Missing/unklar	0	*0,0*
Summe	38	*100,0*

Quelle: Eigene Recherchen

kann durch Verwaltungshandeln beeinflusst werden. So können beispielsweise Kürzungen bei Programmen zur Beschäftigungsförderung gerade bei sozial schwachen Bevölkerungsgruppen Bewältigungsressourcen reduzieren, was durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wenigstens zum Teil kompensiert werden kann. Durch die Zielgruppenidentifikation soll der bedarfsgerechte Einsatz der finanziellen Mittel sichergestellt werden (Wright/Noweski 2006). Hiermit verbinden sich zwei Fragestellungen: Bei welchen Gruppen sind die Bedarfe nach primärpräventiven Interventionen am größten? Welchen Gruppen ist angesichts der Mittelknappheit Priorität bei der Versorgung einzuräumen? Adressat der Ergebnisse sind primär die Finanzierungsträger der Präventionsmaßnahmen. Projekte zur Wirkungsforschung sind in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften seit langem etabliert (Wiborg et al. 2005). Ihre Aufgabe besteht in der Identifikation der wirksamsten Interventionskonzepte. Zu fragen ist: Welche Interventionen sind wirksam und wirtschaftlich? Die Antworten hierauf helfen vor allem Projektträgern dabei, Implementationsträger mit evidenzbasiertem Instrumentarium auszuwählen. Die Evaluationsforschung verfolgt die Weiterentwicklung der Methoden bei der Leistungsbewertung der einzelnen Projekte sowie beim Leistungsvergleich (Block 2006). Die spezifischen Fragen lauten: Wie kann die Performanz einzelner Interventionen gemessen werden? Wer sollte in welcher Weise die Qualität der Intervention sicherstellen? Wie kann das Qualitätsmanagement verbessert werden?

1080. Bei den bisher durchgeführten Projekten fällt auf, dass sich die Fragestellungen auf die Wirkungsforschung konzentrieren. Zweithäufigster Forschungsauftrag ist die Analyse neuer Zielgruppen. Die in der Präventionsforschung zunehmend praktizierte Weiterentwicklung der Evaluationsmethoden erreichte die Forschung zu sozial Benachteiligten immerhin mit vier spezifischen Projekten. Zudem waren in fünf Projekten zur Wirkungsforschung eigenständige Komponenten zur Evaluationsforschung enthalten.

Tabelle 29

Projekte nach Forschungsauftrag

Forschungsauftrag	Anzahl der Projekte	Anteil
Belastungs- und Ressourcenforschung	1	*2,6*
Health Impact Assessment	1	*2,6*
Zielgruppenidentifikation	9	*23,7*
Wirkungsforschung	23	*60,5*
Evaluationsforschung	4	*10,5*
Missing/unklar	0	*0,0*
Summe	38	*100,0*

Quelle: Eigene Recherchen

1081. Die Untersuchungen beziehen sich auf Interventionsprojekte mit mehr oder weniger eng definierten Zielgruppen. Die Angaben in den Projektbeschreibungen folgen keiner einheitlichen Systematik. In ausführlichen Projektbeschreibungen wird tendenziell eine größere Zahl spezifischer Gruppen genannt, z. B. Jungen und Mädchen im Vorschulalter und in der Grundschule, teilweise mit Migrationshintergrund, sowie deren Eltern und Lehrer. Knapp gefasste Beschreibungen beschränken sich auf wenige globale Kategorien, z. B. Kinder aus Problemquartieren. Wie eng der Fokus der Beteiligten gezogen wird, ist in der Regel nicht ersichtlich. Daher wurden für die Erhebung eigene Kategorien gebildet. Für jedes Projekt wurde nur eine Zielgruppe registriert. Kinder mit Migrationshintergrund gelten als Migranten. Arme Eltern, ohne Eingrenzung auf Alleinerziehende, sind in der Zielgruppe Kinder enthalten. Die Häufigkeitsauszählung zeigt, dass die Forscher vor allem Interventionen bei armen Kindern analysierten. Die fünf Missings betreffen sekundäranalytische Untersuchungen, die keine Zielgruppe definierten oder übergreifend angelegt waren.

1082. Die Forschungsprojekte untersuchen Interventionsprojekte zur Verhaltensprävention oder zur Verhältnisprävention. Wenn die sozial Benachteiligten selbst beraten wurden, gilt der Ansatz des Projekts als verhaltenspräventiv. Wurden hingegen Akteure aus der Lebensumwelt der sozial Benachteiligten beraten, ist das Projekt als verhältnispräventiv registriert worden. Der hohe Anteil an Missings von rund 60 % ist darauf zurückzuführen, dass die vorliegenden Projektbeschreibungen nicht immer aufschlussreich waren. Viele Forschungsprojekte mit dem Auftrag der Zielgruppenidentifikation konnten noch keine Interventionen beobachten. Sekundäranalysen nehmen meist mehrere Projekte in den Blick und abstrahieren so stark, dass eine Festlegung nicht möglich ist.

Tabelle 30

Projekte nach Zielgruppe

Zielgruppe	Anzahl der Projekte	Anteil
Arme Kinder/junge Erwachsene	16	*42,2*
Arme	4	*10,5*
Migranten	4	*10,5*
Arbeitslose	3	*7,9*
HIV-Infizierte	1	*2,6*
Alleinerziehende	1	*2,6*
Minderjährige Schwangere/Eltern	1	*2,6*
Behinderte	1	*2,6*
Ungelernte	1	*2,6*
Flüchtlinge	1	*2,6*
Arme Alte	0	*0,0*
Obdachlose	0	*0,0*
Suchtmittelabhängige	0	*0,0*
Missing/unklar	5	*13,2*
Summe	38	*100,0*

Quelle: Eigene Recherchen

[274] Asylbewerber, Arbeits- und Armutsmigranten ohne Aufenthaltsgenehmigung.

Tabelle 31

Projekte nach Präventionstyp

Präventionstyp	Anzahl der Projekte	Anteil
Verhaltensprävention dominant	12	*31,6*
Verhältnisprävention dominant	3	*7,9*
Beides gleichrangig	1	*2,6*
Missing/unklar	22	*57,9*
Summe	38	*100,0*

Quelle: Eigene Recherchen

1083. Von der Forschung wird seit einigen Jahren gefordert, die Interventionsprojekte am sogenannten Setting-Ansatz auszurichten (z. B. Bauer 2005; Rosenbrock et al. 2004). Gemeint ist damit, dass die Lebensumwelt der Zielgruppe in einem definierten Bereich nachhaltig im Sinne der Belastungssenkung und Ressourcenstärkung beeinflusst werden soll. Nur Projekte mit einer verhältnispräventiven Komponente können diesem Anspruch gerecht werden. Dabei sollte mit dem Setting-Ansatz ein höherer Qualitätsstandard definiert werden. Demnach reicht es nicht aus, bei Akteuren der Lebensumwelt der Zielgruppe, z. B. Lehrern im Setting Schule, eine Verhaltensänderung durch Beratung herbeizuführen. Vielmehr sollte auch die materiell-räumliche und vor allem auch die organisatorische und sozial-klimatische Umwelt gesundheitsförderlich optimiert werden. Leider war es im Rahmen der Bestandsaufnahme nicht möglich festzustellen, welche Forschungen sich mit Projekten nach dem Setting-Ansatz befassen. Die Dokumentation der Projekte war zu fragmentiert und unvollständig.

1084. Forschungsprojekte können Fallstudien zu einzelnen Projekten liefern oder synthetisierende Sekundäranalysen zum Ergebnis haben. Als Sekundäranalyse wurden jene Forschungen registriert, die mehrere Interventionsprojekte untersuchten und sich dabei in erheblichem Maße auf bereits angefertigte Bewertungen anderer Forscher stützten. Sekundäranalysen nehmen eine kritisch distanzierte Perspektive gegenüber den Interventionsprojekten und deren Evaluation ein und sind deshalb organisatorisch unabhängig. Idealerweise evaluieren sie nicht selbst. Die Durchsicht der Projekte zeigt auf, dass die Sekundäranalyse durch die Träger bisher weniger gefördert wurde. Von den acht registrierten Projekten weisen fünf einen relativ engen Fokus auf. Hier werden beispielsweise nur Interventionsprojekte in Hamburg analysiert oder nur Maßnahmen für Arbeitslose. Nur drei Sekundäranalysen behandeln das gesamte Spektrum der Primärprävention für sozial Benachteiligte.

Tabelle 32

Anteil von Fallstudien und Sekundäranalysen an den Projekten

	Anzahl der Projekte	Anteil
Fallstudie	30	*78,9*
Sekundäranalyse	8	*21,1*
Missings/unklar	0	*0,0*
Summe	38	*100,0*

Quelle: Eigene Recherchen

6.5.6 Bewertung

1085. Obgleich nur eine Stichprobe untersucht werden konnte, zeichnen sich Strukturmerkmale der Forschung ab, die vieles bestätigen, was Beobachter bereits vermuteten. Die Finanzierungsträgerschaft konzentriert sich relativ einseitig beim BMBF und der BZgA. Kern der Forschungsaktivitäten ist die Wirkungsforschung, also die Suche nach wirksamen Interventionsmethoden. Die Forscher identifizieren kontinuierlich neue Zielgruppen. Die Evaluationsforschung etabliert sich. Das Health Impact Assessment ist noch unterentwickelt. Die kritische Bewertung politischer Entscheidungen wird also kaum finanziert. Die Forschung ist auf arme Kinder und junge Erwachsene fokussiert. Die übrigen Gruppen sozial Benachteiligter sind bisher unzureichend beforscht. Die Forschung reproduziert die Dominanz der Verhaltensprävention gegenüber der Verhältnisprävention, wie sie aus der Präventionspraxis bekannt ist. Das heißt, es findet kaum eine Weiterentwicklung der Verhältnisprävention statt, obwohl verhältnispräventive Maßnahmen höhere konzeptionelle Anforderungen stellen und deshalb der Forschungsbedarf gerade hier groß ist. Soweit ersichtlich wird die Anwendung des Setting-Ansatzes de facto kaum praktiziert noch erforscht.

6.5.7 Zwischenfazit und Empfehlungen

1086. Die Empfehlungen des Rates verfolgen drei Ziele: Die Anpassung der finanziellen Förderung an die Forschungsbedarfe, die Steigerung der Transparenz und die Verbesserung der Qualität. Eine Aufstockung der finanziellen Förderung ist wünschenswert. Mit zusätzlichen Mitteln könnten Interventionen analysiert werden, die bisher vernachlässigt wurden. Die Berücksichtigung sozial Benachteiligter in der Präventionsforschung als Querschnittsaufgabe zu behandeln erscheint nicht ausreichend. Notwendig ist eine spezifische Forschung. Deshalb sollte ein angemessen großer Teil der Forschungsförderung zur nichtmedizinischen Primärprävention für Vorhaben zu sozial Benachteiligten reserviert bleiben.

1087. Obgleich eine Verbesserung der Finanzierungsbasis anzustreben ist, erscheint der Einbezug weiterer Finanzierungsträger gegenwärtig problematisch. Bezüglich einzelner Krankenkassen ist zu bedenken, dass Forschungsprojekte nicht zu Instrumenten der PR-Arbeit degradiert werden sollten. Dies gilt auch für Profilierungsbestrebungen bei den Spitzenverbänden. Beim neu entstehenden Spitzenverband Bund besteht hingegen in zwei Punkten Handlungsbedarf. Erstens sollten die für Primärprävention relevanten Ergebnisse der Versorgungsforschung der Kassen, insbesondere im Rahmen von Modellvorhaben, zusammenfassend veröffentlicht und problemorientiert aufbereitet werden. Zweitens sollte die GKV Empfehlungen abgeben, welche Informationen die Forschung zur Weiterentwicklung der Präventionspraxis bereitstellen soll. Dies kann im jährlich erscheinenden Präventionsbericht geschehen, der das Thema Präventionsforschung bisher nicht behandelt (MDS 2007). Langfristig, nachdem die Konsolidierung der primärpräventiven Intervention durch die GKV erfolgt ist und auch die Forschung verstetigt wurde, sollte der Förderschwerpunkt Prävention des Programms ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen' in den Schwerpunkt ‚Versorgungsnahe Forschung' integriert werden. Dieser wird neben dem BMBF auch vom BMG, BMA, der Deutschen Rentenversicherung, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung finanziert. Hier wären Mittel für die nichtmedizinische Primärprävention für sozial Benachteiligte zu reservieren. Die Beendigung der Sonderförderung durch das BMBF und die Integration in das Netzwerk der Versorgungsforschung würde die Finanzierung der hier diskutierten Forschung normalisieren.

1088. Im Hinblick auf die gegenwärtige Ressortforschung wird empfohlen, den Mitteleinsatz durch die explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten effizienter zu gestalten. Übergreifendes Ziel für alle geförderten Vorhaben muss es sein, einen verwertbaren Beitrag zur Methodenentwicklung zu leisten. Daneben schlägt der Rat vor, Projekte mit Bezug zur Verhältnisprävention und im Sinne des partizipativen Setting-Ansatzes zu priorisieren. Die Sekundäranalyse sollte stärker unterstützt werden. Wenn die Qualität der Synopsen hoch und der Fokus weit übergreifend angelegt ist, kann ein Anteil von 15 % am Fördervolumen für die Sekundäranalyse ausreichend sein. Allerdings müssen die Ergebnisse trotz der nötigen Abstraktion auch für Praktiker verwertbar bleiben. Die besten Lerneffekte verspricht die Diskussion von Best Practice-Modellen. Vorhaben, die Lehr- und Praxishandbücher erstellen, sollten Vorrang genießen.

1089. Für den wissenschaftlichen Fortschritt erweist sich nicht nur die Finanzierung als hemmender Faktor, sondern auch die mangelnde Transparenz der Forschung. Wie sich zeigte, veröffentlichen nur wenige der Forschungsprojekte einen zusammenfassenden Projektbericht. Weder die Methoden noch die Ergebnisse werden einem breiteren Fachpublikum zugänglich gemacht. Insbesondere die Ergebnisse der Evaluationen bleiben Betriebsgeheimnisse. Um eine Weiterentwicklung der Forschung zu ermöglichen, sollte die Dokumentation der Ergebnisse wesentlich verbessert werden. Hierin sieht der Rat eine Aufgabe für die Finanzierungsträger. Diese sind in der Lage, von ihren Auftragnehmern ausführliche Abschlussberichte einzufordern und diese zu publizieren. Nachdem im Internet häufig schon kurze Projektbeschreibungen angeboten werden, sollten diese Online-Datenbanken im Sinne der Transparenz ausgebaut werden. Die Einrichtung einer ständig aktualisierten Datenbank für Forschungsprojekte in Deutschland nach dem Vorbild des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' (vgl. Abschnitt 6.4.2.3) kann die Informationskosten für die Forscher mindern.

1090. Mit Blick auf die Qualität der Forschung scheinen neben der Sicherung der Finanzierung und der Verbesserung der Transparenz weitere Maßnahmen erforderlich. So sollten die Forschungsergebnisse aus dem Ausland stärker als bisher einbezogen werden. Es genügt nicht, sein Vorhaben einleitend in der internationalen Literatur zu verorten. Mindestanforderung geförderter Pro-

jekte muss es werden, die eigene Vorgehensweise vor dem Erfahrungshintergrund der internationalen Methodenentwicklung zu rechtfertigen. Der Vergleich mit anderen Kollegen darf sich nicht in der Würdigung komplementärer Bemühungen erschöpfen, sondern muss kritisch sein, um Lerneffekte auszulösen. In diesem Zusammenhang verdient auch die Qualität der Sekundäranalyse mehr Beachtung. Die hieraus entstehenden Publikationen sollten über das Qualitätsniveau von Konferenzmappen und Sammelbänden hinausgehen, indem sie erfolgreiche und nicht erfolgreiche Methoden der Intervention unterscheiden.

1091. Grundsätzlich scheint es geboten, Intervention und Forschung zu trennen. Bisher bestehen viele Forschungsprojekte in Interventionsprojekten mit wissenschaftlicher Begleitung. Diese personelle Vermischung von Intervention und Analyse kann zu Interessenkonflikten führen. In der Evaluationspraxis werden deshalb zunehmend externe Experten eingesetzt. Zur Gewährleistung einer rücksichtslosen Analyse sollte auch die Forschungskomponente separiert werden. Trotz der Parallelen zwischen Evaluation und wissenschaftlicher Forschung sollten diese nicht verquickt werden, denn sie basieren auf unterschiedlichen Zielkriterien. Die Evaluation misst den Erfolg der Intervention, die Forschung hingegen den Erkenntnisfortschritt für die Methodenentwicklung. Beides kann auseinanderfallen. Projekte, die keine befriedigende Förderung der Zielgruppe erreicht haben und eine entsprechend schlechte Leistungsbewertung erhalten, können für die Forschung sehr erkenntnisreich sein, weil sie aufzeigen, welche Methode unwirksam ist. Um den unterschiedlichen Maßstäben gerecht zu werden, empfiehlt sich eine personelle und budgetäre Trennung von Evaluation und Forschung.

1092. Forscher, die falsifizierbare Thesen entwickeln und neue Methoden testen, geraten leicht in Konflikt mit den Zielen der Finanzierungsträger von Interventionen. Diese wünschen eine effektive Förderung der Zielgruppe. Es sollte für Forscher aber auch möglich werden, neue Interventionsmethoden zu testen, bei denen das Risiko des Scheiterns nicht unerheblich ist. Daher sollten auch Projekte ermöglicht werden, bei denen die Förderung der Zielgruppe als Erfolgskriterium nicht im Vordergrund steht, sondern der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn zumindest gleichrangig bewertet wird. Solche Projekte würden trotz unbefriedigender Ergebnisse bei der Evaluation durch einen lehrreichen Methodenbericht noch als gelungen und nützlich betrachtet werden können. Im Idealfall werden für solche Projekte von vornherein die drei Ebenen Intervention, Evaluation und Forschung eigenständig konzeptualisiert und jeweils mit eigenem Budget und qualifizierten Spezialisten ausgestattet. Die Finanzierungsträgerschaft kann aufgeteilt werden. So könnten die Krankenkassen die ersten beiden Ebenen finanzieren und beispielsweise das BMBF die dritte. Noch günstigere Bedingungen für eine risikobereite Methodenentwicklung könnten geschaffen werden, indem auch Forschungsprojekte finanziert werden, bei denen die Förderung der Zielgruppe ganz hinter dem Erkenntnisgewinn zurücksteht.

6.6 Zusammenfassung und übergreifende Empfehlungen

1093. Der Rat hat in etlichen Gutachten dargelegt, dass die primäre Prävention ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitssicherung und zugleich von starker Unterversorgung betroffen ist. Der quantitative und qualitative Ausbau, die Orientierung an Zielgruppen und Lebenswelten, eine angemessene Berücksichtigung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie Verbesserungen in Qualitätssicherung und Evaluation wurden wiederholt angemahnt. Der Rat bekräftigt die Empfehlungen früherer Gutachten.

1094. Trotz erfreulicher Zunahme des öffentlichen und politischen Interesses an primärer Prävention sieht der Rat noch beträchtliche vermeidbare Defizite: zwar sind einerseits im Hinblick auf Methoden und Erfolge der Prävention sicherlich noch viele theoretische, methodische und praktische Fragen offen. Andererseits kann aber auch keine Rede davon sein, dass das vorhandene Wissen über erwiesene und viel versprechende Interventionen auch nur annähernd umgesetzt würde. Den laufenden Prozess der diesbezüglichen öffentlichen und politischen Willensbildung – und ohne einen solchen Willen wird sich nicht viel ändern – möchte der Rat mit diesem Gutachten unterstützen.

1095. Primärprävention bezeichnet Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Entsprechend dem Beitrag unterschiedlicher Faktoren an der Verursachung des Krankheits- und Sterbegeschehens und ihrer Beeinflussbarkeit liegen die Interventionsfelder für primäre Prävention überwiegend außerhalb des medizinischen Versorgungssystems und folgen auch anderen als individualmedizinischen Handlungslogiken. Die Kooperation mit der Medizin bleibt dabei auf zwei Ebenen unerlässlich: Zum einen beziehen sich alle präventionspolitischen Ziele und Aktivitäten letztlich auf das Wissen der Medizin darüber, was gut und was schlecht ist für die Gesundheit der Menschen. Und zum andern leben wir in einer Medizinkultur, in der der kurative Arzt als erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen angesehen wird. Die in der Arzt-Patientenbeziehung liegenden Potentiale im Bereich der Primärprävention sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Zudem begründet sich der Erfolg mancher primärpräventiven Interventionen auch außerhalb des Krankenversorgungssystems aus den sozialdiagnostischen Kompetenzen von Medizinern sowie ihrer Fähigkeit, Ratsuchenden durch Verweisung an nichtmedizinische Projekte gesundheitsförderliche Wege der Bewältigung zu zeigen.

1096. Ein – überwiegend latenter – Bedarf nach solcher Unterstützung ist in allen Bevölkerungsschichten festzustellen. Er kumuliert aber mit abnehmendem sozialen Status. Nicht nur für die von den Krankenkassen getragene Prävention, sondern als Leitbild für die gesamte Präventionspolitik kann deshalb die Formulierung gelten, die sich im § 20 Abs. 1 SGB V für die von den Krankenkassen getragene Prävention findet: Primärprävention soll „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbe-

sondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“ soll. Der Erfolg bemisst sich danach an zwei Kriterien:

1. Verbesserung in allen sozialen Schichten und Gruppen,
2. Verminderung der Abstände zwischen diesen Gruppen.

Unter den gegebenen Umständen impliziert dies notwendig eine Konzentration von Aufmerksamkeit und Ressourcen auf ‚vulnerable Gruppen’, um die Entwicklung der *compression of morbidity* verstärkt für sozial benachteiligte Gruppen und Schichten zu öffnen. ‚Vulnerabilität’ im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten findet sich besonders häufig dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (z. B. Arbeitslose, alte Menschen), mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft.

1097. Mit der exemplarischen Darstellung der gesundheitlichen Problemlage und der Ansätze zur Primärprävention in den Gruppen der Arbeitslosen, der sozial benachteiligten alten Menschen, der Obdachlosen sowie im Hinblick auf HIV/Aids im vorliegenden Gutachten will der Rat deutlich machen, welche Implikationen mit der Zielstellung ‚Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen’ verbunden sind: Systematische Primärprävention in vulnerablen Gruppen ist eine notwendige, neue Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik. Die Konturen der dafür zweckmäßigen und erforderlichen Felder und Formen der Intervention bilden sich erst langsam heraus. Diese Entwicklung kann sich nicht auf die Anwendung etablierter Regeln beschränken, vielmehr müssen Experimente zugelassen sein. Nur wenn diese – als Teil der Versorgungsforschung – zweckmäßig dokumentiert und ausgewertet werden, können die notwendigen Lerneffekte erzielt werden.

1098. Gesundheitliche Vulnerabilität hat viele Quellen und nimmt viele Formen an. Wenn Gesundheitspolitik die daraus resultierenden Herausforderungen annimmt, sieht sie sich mit einer zunächst schier unübersehbar erscheidenden Vielzahl unterschiedlicher Zielgruppen und Problemlagen konfrontiert. Entwurf und Durchführung Erfolg versprechender Prävention setzt zunächst voraus, die Entstehungsbedingungen sowie die aktuellen Lebenslagen dieser Zielgruppen in ihren jeweiligen Lebenswelten zu identifizieren und zu analysieren. Dabei erweisen sich für die Prävention jeweils unterschiedliche Zugänge, Interventionsformen und Methoden der Qualitätssicherung als angemessen. Um die darin liegenden Möglichkeiten zu nutzen, müssen je spezifische Netzwerke bzw. Akteurkonstellationen motiviert und aktiviert werden. Dazu gehören auch das System der Krankenversorgung und insbesondere die ambulant tätigen Mediziner – nicht nur für die Bewältigung bereits eingetretener Erkrankungen, sondern auch als Initiatoren, Anreger und Vermittler primärer Prävention. Regelmäßig handelt es sich jedoch nicht nur um professionelle Akteure im jeweiligen Handlungsfeld, sondern auch um die Menschen aus den Zielgruppen sowie weitere zivilgesellschaftliche Akteure. Um in solche Konstellationen der Gesundheit förderliches und Krankheit vermeidendes Verhalten zu etablieren, bedarf es vielfältiger materieller und immaterieller Anreize und Veränderungen in der das Verhalten prägenden Umwelt. Hinzu kommt, dass die gesundheitliche Wirkung solcher Interventionen oft nicht direkt gemessen werden kann und die festgestellten Effekte bei den hilfsweise herangezogenen Indikatoren oft nicht direkt auf die Intervention bezogen werden können. Zusammen genommen bedeutet dies, dass Primärprävention in vulnerablen Gruppen sich nicht auf die Anwendung etablierter Regeln beschränken kann, sondern dass Experimente zugelassen sein müssen, wenn sie zweckmäßig dokumentiert werden und damit Lerneffekte ermöglichen.

1099. Die kurzen Beschreibungen erfolgreicher Präventionsansätze bei den im vorliegenden Gutachten untersuchten Zielgruppen zeigen, dass Interventionen in aller Regel fünf Anforderungen erfüllen sollten:

– Die Interventionen zielen nicht nur auf die Senkung von gesundheitlichen Belastungen (aus der physischen und sozialen Umwelt sowie aus dem Verhalten), sondern auch auf die Vermehrung gesundheitlicher bzw. gesundheitsdienlicher Ressourcen.

– Interventionen sollten nicht nur krankheitsspezifische sondern auch unspezifische Belastungen und Ressourcen beeinflussen, d. h. sie sollten so weit wie möglich *upstream* einsetzen.

– Interventionen sind nach den vorliegenden Erfahrungen desto erfolgreicher, je mehr es gelingt, die jeweiligen Lebenswelten (Settings) der Zielgruppen, d. h. die gesundheits- und verhaltensrelevanten Kontexte in Richtung auf Gesundheitsförderlichkeit zu verändern.

– Von größter Bedeutung für den Entwurf, die Durchführung und die Qualitätssicherung zielführender Interventionen ist die größtmögliche Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen; Partizipation ist die Schlüsselgröße erfolgreicher Prävention.

– Lebensweltbezogene Primärprävention ist eine Entwicklungsaufgabe. Voraussetzung für Entwicklung ist Lernen. Gelernt werden kann aus – gelungenen wie gescheiterten – Erfahrungen nur, wenn diese angemessen dokumentiert werden. Deshalb sind Qualitätssicherung und verwertbare Dokumentation unabdingbar für die schrittweise Verbesserung der Wissensbasis und der Interventionsqualität. Kriterium der Unterstützung bzw. Finanzierung insbesondere von komplexen Präventionsprojekten in Lebenswelten kann beim derzeitigen Wissensstand nicht in jedem Fall der ex-ante-Nachweis der Wirksamkeit sein (*proven interventions*). Gefördert werden sollten auch sozial und gesundheitlich plausible Interventionen, wenn sowohl ein theoretisch fundiertes Modell für die Wirksamkeit als auch empirische Evidenz vorliegt, die zumindest Teile dieses Modells stützt (*promising interventions*).

Die in den Abschnitten des Gutachtens skizzierten bzw. zitierten Beispiele primärpräventiver Interventionen bei einzelnen vulnerablen Gruppen erfüllen durchweg das Kriterium ‚viel versprechend' und stellen insofern Herausforderungen sowohl zur Qualitätsverbesserung als auch für die Forschung dar.

Gesetzgebung

1100. Der Rat begrüßt ausdrücklich die auch im Koalitionsvertrag niedergelegte Absicht der Bundesregierung, nach der die „Prävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut" werden soll.

Der Abbau vermeidbarer Gesundheitsbelastungen und die Förderung gesundheitsförderlicher Ressourcen für die gesamte Bevölkerung unter der Nebenbedingung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen stellt eine dauernde Herausforderung in nahezu allen Gesellschaftsbereichen und für nahezu alle gesellschaftlichen Akteure dar. Die Größe und zugleich Unschärfe dieser wohl niemals vollständig zu lösenden Querschnittsaufgabe darf allerdings nicht als Begründung dafür herhalten, das nahe Liegende und das Mögliche zu unterlassen.

1101. Der Rat unterstützt deshalb den im Koalitionsvertrag niedergelegten Grundgedanken der Bundesregierung, mit einem Gesetz zur nicht medizinischen Primärprävention noch in dieser Legislaturperiode die Kooperation und Koordination sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und -zweige übergreifend und unbürokratisch zu verbessern. Mit der Einbeziehung der Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung soll nicht nur der Ressourcenrahmen gesichert bzw. erweitert werden. Vielmehr ist dies auch als erster Schritt in einer Entwicklung zu sehen, durch die die Versicherungsträger (einschließlich der PKV) schrittweise zu einer Sichtweise gebracht werden, nach der ihre Aufgabe sich nicht in der Finanzierung und Steuerung der Versorgung erschöpft, sondern auch die Verhütung von Versicherungsfällen einschließt.

1102. Im für die laufende Legislaturperiode geplanten Gesetz sollten darüber hinaus auch die Kooperations- und Finanzbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern und den öffentlichen Händen geregelt werden. Vor allem sollte sichergestellt werden, dass die Aktivitäten z. B. der Länder oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ziel- und programmbezogen mit denen der Versicherungsträger koordiniert werden. Zum anderen muss auch vermieden werden, dass sich öffentliche Träger auf kommunaler sowie Landes- und Bundesebene zulasten der Versicherungsträger aus der Finanzierung und Organisation der Primärprävention zurückziehen.

1103. Der Rat unterstützt die ebenfalls im Koalitionsvertrag niedergelegte Absicht der Bundesregierung, in einem Präventionsgesetz auch zu regeln, dass sich die Aktionen an Präventionszielen auszurichten haben. Die im 2005 gescheiterten Entwurf eines Präventionsgesetzes gefundene Lösung, nach der alle öffentlich geförderte Prävention insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial oder durch Geschlecht bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten hat, sollte beibehalten werden. Zugleich sollte festgelegt werden, ob und ggf. wie diese allgemeine Orientierung durch konkrete Präventionsziele bzw. Zielsysteme wie z. B. in Großbritannien, Schweden oder den Niederlanden unterbaut werden könnte.

1104. Das Gesetz sollte festlegen, dass Prävention aus Steuer- oder Beitragsmitteln finanziert werden kann, wenn ihre Qualität nach dem *state of the art* gesichert ist. Neben erwiesen wirksamen Interventionsformen (*proven interventions*) sollten auch plausible Interventionen finanziert werden können, wenn ihnen ein theoretisch schlüssiges Wirkungsmodell zugrunde liegt, für das zumindest partiell empirische Evidenz vorliegt (*promising interventions*). Damit ist ein Spielraum für Erprobung und Experimente definiert, der für den Suchprozess der Weiterentwicklung der Prävention erforderlich ist. Mit der Akkumulation, Bündelung und Auswertung von Informationen zur Qualität und Wirksamkeit der Primärprävention sollte eine zentrale Stelle beauftragt werden. Nach Aufgabenstellung und Kompetenz kommt hierfür insbesondere die BZgA in Frage.

1105. Das geplante Gesetz sollte Regelungen und Anreize dafür enthalten, dass öffentlich geförderte Prävention den in den letzten Jahrzehnten entwickelten Qualitätskriterien genügt. Primäre Prävention soll sich danach gleichermaßen auf die Senkung von gesundheitsgefährdenden Belastungen und auf die Vermehrung gesundheitsdienlicher Ressourcen beziehen und deshalb sowohl krankheitsspezifische Faktoren wie auch unspezifische Belastungen und Ressourcen bearbeiten. Sie soll soweit wie möglich an den Lebenswelten bzw. den jeweiligen Verhaltenskontexten ansetzen und diese im Sinne der Gesundheitsförderlichkeit weiter entwickeln. Partizipation der Zielgruppen auf allen Stufen der Problembearbeitung ist dabei eine Schlüsselvariable für wirksame und nachhaltige Prävention.

1106. Die Regelungen des geplanten Präventionsgesetzes sollten Interventionen sowohl auf der individuellen Ebene als auch in Lebenswelten bzw. Settings als auch für die Gesamtbevölkerung (Gesundheitskampagnen) vorsehen und ermöglichen. In der präventionspolitischen Praxis kommt es erfahrungsgemäß regelmäßig zu einer unzweckmäßigen Bevorzugung einfach zu organisierender und weniger komplexer Interventionen (z. B. Beratung und Information zum Gesundheitsverhalten statt partizipativ gestalteter Veränderung des Verhaltenskontextes; Intervention auf je individueller Ebene statt Projekten in den jeweiligen Lebenswelten; bloße Informations- und PR-Kampagnen anstatt multimodaler Mehrebenen-Kampagnen). Um dieser Tendenz vorzubeugen, sollte das geplante Gesetz die Regelungen des im Jahre 2005 gescheiterten Entwurfs aufgreifen und weiterentwickeln, wonach für Lebenswelt-Projekte 40 % der verfügbaren Ressourcen reserviert sind. Für die Konzipierung und Qualitätssicherung von Gesundheitskampagnen sollten die Kompetenzen der BZgA genutzt werden.

1107. Im Hinblick auf die Unterstützung der Primärprävention mit öffentlichen Mitteln sollte das geplante Gesetz nicht hinter den gescheiterten Gesetzentwurf zurück

fallen, der ein jährliches Volumen von ca. 250 Mio. Euro vorgesehen hatte. Das ist ungefähr ein Promille der Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland und ca. 1,6 Promille der Ausgaben der GKV. Angesichts des geringen Ausbaus der Infrastruktur für moderne Prävention in Deutschland erscheint diese relativ geringe Summe für den Anfang als knapp ausreichend. Das Gesetz sollte aber Mechanismen und Quellen ausweisen, mit bzw. aus denen der erwartbare Aufwuchs dieses zukunftsweisenden Zweiges der Gesundheitssicherung finanziert werden kann.

6.7 Literatur

Abholz, H-H (1994): Grenzen medizinischer Prävention, in: Rosenbrock, R, Kühn, H., Köhler, B. (Hrsg.), Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin: 54–82.

Alber, J. (2005): Wer ist das schwache Geschlecht? Zur Sterblichkeit von Männern und Frauen innerhalb und außerhalb der Ehe, Leviathan 33(1): 3–39.

Allmendinger, J., Hinz, Th. (1998): Der Lebenslagen-Ansatz: Darstellung, sozialpolitische Bedeutung und Nutzung im Material- und Analyseband zur sozialen Lage in Bayern, in: Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern, München 1998: 1-26, http://www.stmas.bayern.de/sozialpolitik/sozialberichtanlage 01.pdf (Stand 08.05.2007).

Altgeld, T. und Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: 41–51.

Andrews, M. (1999): The seductiveness of agelessness. Ageing/Society 19(3): 301–318.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006a): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, Bergisch Gladbach.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2006b): Stärkung der Prävention in Deutschland – Anstoß für einen neuen Dialog, Position der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 13. Juni 2006, Bergisch Gladbach.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2005): Dokumentation 2003 – Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Essen.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2006): Dokumentation 2004 – Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Essen.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2007): Dokumentation 2005 – Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Essen.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen und Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (2004): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen, Bergisch Gladbach und München, http://www.forumpraevention.de/cms/index.asp?inst=forum-praevention_1234&snr=3050 (Stand 15.06.2007).

Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern" des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (2006): Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter" (Dokumentation), Bonn.

Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. (2000): Die Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen, in: Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.), Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin: 49–50.

Arnold, M., Helou, A. und Schwartz, F. W. (2000): Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.), Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker (pp. 11-20), Stuttgart/New York.

Avlund, K., Holstein, B. E., Osler, M., Damsgaard, M. T., Holm-Pedersen, P. und Rasmussen, N. K. (2003): Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. Scandinavian Journal of Public Health, 31(2): 126–136.

Bacon, W. E. und Wilbur, C. H. (2000): Occurrence of hip fractures and socioeconomic position. Journal of Aging and Health, 12(2): 193–203.

BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) (2005a): Größte Herausforderungen: Wohnungslosigkeit junger Frauen und Männer, Dauerwohnungslosigkeit Älterer und Mietschulden. Wohnungslos, 47(3): 128–130.

BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) (2005b): Schätzung der Zahl der Wohnungslosen, www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html (Stand 10.01.2007).

Bär, G., Buhtz, M. und Gerth, H. (2004): Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten, in: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M. und Schröer A. (Hrsg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle", Essen: 233–294.

Baltes, M. und Carstensen, L. (1996): The process of successful ageing. Ageing and Society 16: 397–422.

Baltes, M. M., Horgas, A. L., Klingenspor, B., Freund, A. M. und Carstensen, L. L. (1996): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie, in: Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (pp. 573–598), Berlin.

Baltes, P. B. und Baltes, M. M. (1990): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation, in: Baltes, P. B. und Baltes, M. M. (Hrsg.), Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences (pp. 1–33), New York.

Barry, P. J., Ensign, J. und Lippek, S. H. (2002): Embracing Street Culture: Fitting Health Care Into the Lives of Street Youth. Journal of Transcultural Nursing, 13(2): 145–152.

Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden.

Bayer, R (1989): Private Acts, Social Consequences, AIDS and the Politics of Public Health, New York/London.

Bayer, R und Fairchild A. L. (2006): Changing the Paradigm for HIV Testing – The End of Exceptionalism. N Engl J Med 355(7): 647–649.

Baykara-Krumme, H. und Hoff, A. (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, in: Tesch-Römer, C., Engstler, H. und Wurm, S. (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte (pp. 447–517), Wiesbaden.

Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F. A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. und Weis, J. (2003): Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin (Chronic Diseases, Psychological Distress and Coping. Challenges for Psychosocial Care in Medicine). Psychother Psychosom Med Psychol, 53: 83–93.

Berkman, C.S. und Gurland, B.J. (1998): The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. Journal of Aging and Health 10(1): 81–98.

Berth, H., Förster, P., Ströbel-Richter, Y., Black, F., Brähler, E. (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15(3): 111–116.

Berth, H., Förster, P., und Brähler, E. (2005): Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit: Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. Sozial- und Präventivmedizin 50: 1–9.

Block, M. (2006): Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der Aids-Hilfen in Deutschland, Wissenschaftszentrum Berlin, Paper SP I 2006-301, Berlin.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2006): Strategien zur Stärkung der sozialen Integration. Nationaler Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, http://www.ec.europa.eu/employment_social/news/2001/jun/napincl_02003_de.pdf (Stand 16.11.2006).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ, Berlin.

BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1978): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978–1981, Bonn.

BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1983): Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit. Programm der Bundesregierung 1983–1986, Bonn.

BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1986): Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Erste Ergebnisse, Bonn.

BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1988): Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit. Programm der Bundesregierung, Bonn

BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1993): Gesundheitsforschung 2000, Programm der Bundesregierung, Bonn

Bochow, M. (2000): Das kürzere Ende des Regenbogens: HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, 21, Berlin.

Bochow, M (2006): Hintergründe der HIV-Neuinfektionen bei schwulen Männern. Qualitatives Projekt; gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, Bonn/Berlin, vervielf. Ms..

Bochow, M und Grote, S. (2007): Der Umgang mit HIV-Übertragungsrisiken bei den Nutzerinnen und Nutzern von Kontaktseiten im Internet. Eine Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn/Berlin, Projektbericht.

Bochow, M., Wright, M. T. und Lange, M. (2004): Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit – Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. AIDS-Forum, 48, Berlin.

Bodenmüller, M. und Piepel, G. (2003): Streetwork und Überlebenshilfen. Entwicklungsprozesse von Jugendlichen aus Straßenszenen, Weinheim.

Böhme, C., Becker, H., Meyer, U., Schuleri-Hartje, U.-K. und Strauss, W.-C. (2003): Handlungsfelder integrierter Stadtteilentwicklung, in: Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, Strategien für die Soziale Stadt (pp. 98-147), Berlin.

Böhnke, P. (2006): Am Rande der Gesellschaft – Risiken sozialer Ausgrenzung, Opladen.

Boivin, J. F., Roy, E., Haley, N. und Galbaud du Fort, G. (2005): The health of street youth: a Canadian perspective. Canadian journal of public health, 96(6): 432–437.

Bornhöft, S. und Frevel, D. (2004): Mit wenig Geld gut ernährt, in: Geene, R. und Halkow, A. (Hrsg.), Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M.: 250–251.

Brähler, E., Laubach, W., und Stöbel-Richter, Y. (2002): Belastung von Arbeitslosen in Deutschland, in: Schuhmacher, J., Reschke, K., und Schröder, H. (Hrsg.), Mensch unter Belastung, Frankfurt a.M.: 201–214.

Brandt, A. M. (1987): No Magic Bullet: A social History of Venereal Disease in the United States Since 1880, New York.

Braun, D. (1991): Die Einflussmöglichkeiten der Forschungsförderung auf Strukturprobleme der Gesundheitsforschung in der Bundesrepublik, Bonn.

Braun, D. (1992): Probleme und Perspektiven der Gesundheitsforschung in den Vereinigten Staaten, Frankreich und England, Bonn.

Breeze, E., Fletcher, A. E., Leon, D. A., Marmot, M. G., Clarke, R. J. und Shipley, M. J. (2001): Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. American Journal of Public Health, 91(2): 277–283.

Brenner, H. (2006): Arbeitslosigkeit, in: Stoppe, G., Bramesfeld, A. und Schwartz, F.-W. (Hrsg.), Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Heidelberg: 163–189.

Breslow, L. (2006): Health measurement in the third era of health. American Journal of Public Health, 96(1): 17–19.

Brinkmann, C. (1984): Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung, 4(4): 454–473.

Browning, M., Dano, A., Heinesen, E. (2006): Job displacement and stress-related health outcomes. Journal of Health Economics, 15: 1061–1075.

Bundesregierung (2006): Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie, Teil BMG, (Stand: 20.09.2006), vervielf. Ms..

Bunge, Ch., Meyer-Nürnberger, M. und Kilian, H. (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49(9): 893–897.

BURDIS (Burden of Disease in Old Age network project) und Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology (2004): Disability in Old Age. Final Report. Conclusions and Recommendations, Jyväskyla.

Büssing, A. (1993): Arbeitslosigkeit – Differentielle Folgen aus psychologischer Sicht, Arbeit, 1(2): 5–19.

Busch-Geertsema, V., Evers, J. und Ruhstrat, E.-U. (2004): Mehr als ein Begriff … Von Wanderarmen zu Nichtsesshaften und Obdachlosen über alleinstehende Wohnungslose zu Wohnungsnotfällen. Wohnungslos, 46(2): 45–49.

Bytheway, B. (2000): Youthfulness and agelessness: a comment. Ageing and Society, 19(3): 301–318.

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 22, Köln.

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005a): Forschungskonzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Stand Juni 2005), Köln.

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005b): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansätze – Beispiele – Weiterführende Informationen, Köln.

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2006): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten,. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, 2. Auflage, Köln.

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007a): Internetplattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/(Stand 11.04.2007).

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007b): EU Projekt ‚Closing the Gap’, www.health-inequalities.eu (Stand 11.04.07).

Campbell, A. und Buchner, D. (1997): Unstable disability and the fluctuations of frailty. Age and Ageing 26: 315–318.

Carels, J. und Wiest, A. (2000): Kann die Versorgung chronisch Kranker in den USA ein Vorbild für Deutschland sein? in: Arnold, M., Litsch, M., und Schwartz, F. W. (Hrsg.), Krankenhaus-Report ‘99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker: 183–202. Stuttgart/New York.

Cleary, P. D. et al. (1988): Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodefficiency Virus. Technical and Public Health Considerations, JAMA, 256: 1757–1762.

Collatz, J. (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen, in: David, M. Borde, T. und Kentenich H. (Hrsg.), Migration und Gesundheit (pp. 33–58), Frankfurt a.M..

Cramer, R., Gilberg, R., Hess, D., Marwinski, K., Schröder, H. und Smid, M. (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 261, Nürnberg.

Dahlgren, G. und Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm.

Dannecker, M. (2006a): Zur Transformation von AIDS in eine behandelbare Krankheit, in: Sigusch, V. (Hrsg.) (2006), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 4. überarb. u. erw. Aufl.: 257–262, Stuttgart/Berlin/Düsseldorf/New York.

Dannecker, M. (2006b): Abschied von AIDS, Post Magazin der Hessischen AIDS-Hilfen und der Hannöverschen AIDS-Hilfe, September/Oktober: 12–17.

Dauer, S. (1999): Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit, in: Dauer, S. und Henning, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Gesundheit: 12–23.

Department of Health (1999): Saving Lives: Our Healthier Nation, London.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. o. J. (2006): Jahresbericht 2005.

Deutscher Bundestag (1988): AIDS – Fakten und Konsequenzen, Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ des 11. Deutschen Bundestages, Bundestagsdrucksache 11/2475, Bonn; nachgedr. in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hrsg.). Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/88, Bonn.

Deutscher Bundestag (1990): AIDS – Fakten und Konsequenzen, Endbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ des 11. Deutschen Bundestages, Bundestagsdrucksache 11/7200, Bonn; nachgedr. in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hrsg.). Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 13/90, Bonn.

Deutscher Verein (2004): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement, Berlin.

Dittrich, S. (2001): Fragen zur Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 1999, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wirtschaft und Statistik, 9: 771–780, Wiesbaden.

DNBGF (Deutsches Netzwerk für die betriebliche Gesundheitsförderung (2004): DNBGF-Forum „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ – Plattformbeschreibung.

Dooley, D., Fielding, J. und Levi, L. (1996): Health and unemployment. Annual Review of Public Health, 17: 449–465.

Dubois-Arber, F., Jeannin A., Meystre-Agustoni, G., Moreau-Gruet, F., Haour-Knipe, M., Spencer, B. und Paccaud, F. (1997): Evaluation of the AIDS prevention strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fifth assessment report 1993-1995, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Cah Rech Doc IUMSP 120b, Lausanne.

Dubois-Arber, F., Lehmann, Ph. und Hausser, D. (1988): Towards improved action against AIDS, World Health Forum, 9: 376–381.

Eikelmann, B. und Reker, T. (2002): Je besser „angepasst“, desto schneller tot? Wohnungslose Männer – Gesundheitszustand und Inanspruchnahme medizinischer Dienste, in: Nouvertne, K., Wessel, T. und Zechert, H. (Hrsg.), Obdachlos und psychisch krank, Bonn: 126–132

Eikelmann, B., Reker, T. und Zacharias, B. (2002): Wohnungslose psychisch Kranke. Zahlen und Fakten, in: Nouvertne, K., Wessel, T. und Zechert, H. (Hrsg.), Obdachlos und psychisch krank, Bonn: 42–56.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., Brummell, K. und Egger, M. (2001): Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ, 323(7315): 719-25.

Elkeles, T. (2003): Arbeitende und Arbeitslose, in: Schwartz F. W., Busse R., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. und Walter U. (Hrsg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München: 653-660.

Elkeles, T. (2006): Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung – Fünf Thesen zur Anwendbarkeit auf Gesundheit. Zeitschrift für Evaluation, 1/2006: 39-70.

Elkeles, T. und Kirschner, W. (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien, Essen.

Ensign, J. und Panke, A. (2002): Barriers and bridges to care: voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA. Journal of Advanced Nursing, 37(2): 166–172.

Ezzy, D. (1993): Unemployment and mental health: a critical review. Social Science and Medicine, 37(1): 41–52.

Falk, K. (2000): Modellprojekt zahnärztlicher Versorgung wohnungsloser Menschen in Berlin-Lichtenberg, in: Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.), Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin: 71–76.

Farquhar, J. W., Fortmann, S., Flora, J. A. et al. (1990): Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. JAMA 264: 359–365.

FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) (2006): Annual European Report. The Right to Health is a Human Right: Ensuring access to Health for People who are Homeless. http://www.feantsa.org/files/Health_Annual_Theme/Annual_theme_documents/European_report/EN_Annual_theme_report_2006_Health.pdf (Stand 07.12.2006).

Feichtinger, E. (1996): Armut und Ernährung. Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Konsequenzen für Ernährungs- und Gesundheitsstatus und der Ernährungsweise in der Armut: P96–202.

Ferrie, J. E. (2005): Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit, in: Badura, B., Schellschmidt, H. und Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005, Berlin: 93–123.

Fichter, M. und Quadflieg, N. (1999): Psychische Erkrankungen bei Obdachlosen, in: Dt. Gesellschaft für Public Health (Hrsg.), Public Health Forschung in Deutschland. Bern: 76–81.

Fichter, M., Quadflieg, N. und Cuntz, U. (2000): Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. Dt. Ärzteblatt, 97(17): A-1148–1154.

Fitzpatrick, K. M., Irwin, J., LaGory, M. und Ritchey, F. (2007): Just Thinking About It: Social Capital and Suicide Ideation among the Homeless. Journal of Health Psychology, 12(5): 750–760.

Flick, U. (Hrsg.) (2007): Homeless and Health. Special issue Journal of Health Psychology, 12(5): 691–848.

Flick, U. und Röhnsch, G. (2006): „Ich vertrau' der anderen Person eigentlich …" – Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26(2): 171–187.

Flick, U. und Röhnsch, G. (2007): „Ich nehm' dann wirklich 'ne Apfelsine. Das ist meine Medizin." – Ernährungsvorstellungen und -verhalten obdachloser Jugendlicher, in: Ittel, A., Merkens, H., Stecher, L. und Zinnecker, J. (Hrsg.), Jahrbuch für Jugendforschung 2007, Wiesbaden (im Druck).

Flick, U. und Röhnsch, G. (2008): Gesundheit auf der Straße, Weinheim (i.V.).

Förster, M. F., Heintzmann, K. (2002): Einkommensarmut und akute Armut in Österreich, in: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Bericht über die Soziale Lage 2001-2002, Wien: 187–209.

Förster, P., Berth, H., und Brähler, E. (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie 17, Welle 2003, Berlin: Otto Brenner Stiftung.

Fries, J. F. (2002): Reducing disability in older age. Journal of the American Medical Association 24(288), 3164–3166.

Fries, J. F. (2003): Measuring and monitoring success in compressing morbidity, Annals of Internal Medicine, 139(5/2): 455–459.

Garms-Homolová, V. und Schaeffer, D. (2003): Ältere und Alte, in: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R. Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München: 675–686.

Geene, R. und Philippi, T. (Hrsg.) (2004): Mehr Gesundheit für alle, Essen.

Geiger, I. (1999): Altern in der Fremde – zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung, in: David, M., Borde, T. und Kentenich, H. (Hrsg.), Migration und Gesundheit. (pp. 167–184). Frankfurt a.M..

GEK Gmünder Ersatzkasse Deutschland (1999): GEK-Gesundheitsreport 1999. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 12, Schwäbisch Gmünd.

Gerste, B., Niemeyer, M. und Lauterberg, J. (2000): Wieviel chronisch Kranke gibt es? –Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.), Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. (pp. 67–92). Stuttgart/New York.

Gill, O. N, McGarrigle, C. A., MacDonald, N. D. und Sinka, K. (1998): UK HIV Testing Policy: Results, Changes and Challenges – Will „Normalisation" of HIV Testing weaken, rather than strengthen, primary prevention, in: Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference ‚AIDS in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences', UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Glaeske, G. und Hoffmann, F. (2004): Suchtgefährdung im Alter am Beispiel von Arzneimittelverschreibung und -gebrauch. prävention, 04: 111–115.

Godfrey, M. und Randall, T. (2003): Developing a locality-based approach to prevention with older people, Leeds.

Göpfert, P., Merker, N., Kirch, W. und Siegrist, J. (2003): 10 Jahre Public Health in Forschung und Lehre. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128(42): 2206–2208.

Gomm, S. (2003): Arbeitsunfähigkeit bei deutschen und nichtdeutschen Beschäftigten. Die Krankenversicherung, 55(11): 309–311.

Gorelick, P. B. (2004): Risk Factors for Vascular Dementia and Alzheimer Disease. Stroke, 35(11_suppl_1): 2620-2622.

Gosdschan, S., Keck, F., Liedholz, U. und Nägele, A. (2002): Alkoholabhängigkeit und Wohnungslosigkeit, Bielefeld.

Gräf, C. (2005): Gesund älter werden im Stadtteil, in: Geene, R. und Steinkühler, J. (Hrsg.), Strategien und Erfahrungen. Mehr Gesundheit für Alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung (pp. 217–228), Berlin.

Graham, H. und Kelly, M. (2004): Health inequalities: concepts, frameworks and policy, London, 2004.

Gray, A. (2005): Population ageing and health care expenditure. Ageing Horizons (2): 15–20.

Greene, J. M., Ennett, S. T. und Ringwalt, C. L. (1999): Prevalence and Correlates of Survival Sex Among Runaway and Homeless Youth. American journal of public health, 89(9), 1406–1409.

Greifenhagen, A. und Fichter, M. (1998): Ver-rückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen. Wohnungslos, 40(3): 89–97.

Grobe, T. (2006): Sterben Arbeitslose früher?, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 75–83.

Grobe, T. und Schwartz F.W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13, Berlin.

GSF (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung) (1990a): Gesundheitsforschung. Programmreport. Bericht über die Schwerpunkte aus dem gemeinsamen Programm des Bundesministers für Forschung und Technologie, des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung und des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, München.

GSF (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung) (1990b): Public-Health-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Expertenbefragung zu Stand und Perspektiven der Forschung im Bereich der Bevölkerungsmedizin und des Gesundheitswesens, München.

Gurfinkel, E. P., de la Fuente, R. L., Mendiz, O. und Mautner, B. (2002): Influenza vaccine pilot study in acute coronary syndromes and planned percutaneous coronary interventions: The FLU Vaccination Acute Coronary Syndromes (FLUWACS) Study. Circulation, 105: 2143–2147.

Gurfinkel, E. P., de la Fuente, R. L., Mendiz, O. und Mautner, B. (2004). Flu vaccination in acute coronary syndromes and planned percutaneous coronary interventions (FLUVACS) Study. One-year follow-up. European Heart Journal, 25: 25–31.

Häfner, H. (1990): Arbeitslosigkeit – Ursache von Krankheit und Sterberisiken? Zeitschrift für Klinische Psychologie, 14: 1–17.

Haley, N., Roy, E., Leclerc, P., Boudreau, J.-F. und Boivin, J.-F. (2004): HIV risk profile of male street youth involved in survival sex, Sexually Transmitted Infections, 80(6): 526–530.

Harych, H. und Harych, P. (1997): Der subjektive und objektive Gesundheitszustand von Arbeitslosen – Eine Studie in Sachsen, IAB-Werkstattbericht, 8, Nürnberg.

Hauß, F., Naschold, F. und Rosenbrock, R. (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn.

Heinrich, S., Kolbe, M, Schwabe, U., Thierbach, M., Wanek, V., Windel, I. (2006): gesund leben lernen. Lebensräume gestalten – gesundes Handeln ermöglichen. Jahrbuch für Kritische Medizin 43, Hamburg: 40–54.

Helmchen, H., Baltes, P.B., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M. und Wilms, H.-U. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter, in: Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (pp. 185–218), Berlin.

Helmert, U., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A. und Greiser, E. (1993): Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland, Sozial- und Präventivmedizin, 38(3): 1231–132.

Helmert, U., Janka, H. und Strube, H. (1994): Epidemiologische Befunde zur Häufigkeit des Diabetes mellitus in der Bundesrepublik Deutschland 1984-1991, Diabetes und Stoffwechsel, 3: 271–277.

Henkel, D. (2000): Alkohol- und Tabakproduktion für Arbeitslose, Arme und Obdachlose, in: Schmidt, B. und Hurrelmann, K. (Hrsg.), Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Opladen: 163–192

Henkel, D. und Grünbeck, P. (2005): Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration Alkoholabhängiger vor und nach der Rehabilitation: Eine Auswertung von Routinedaten der Rentenversicherungen, Suchttherapie, 6: 155–164.

Higgins, D. L., Galavotti, C. H., O'Reilly, K.R., Schnell, D. J., Moore, M., Rugg, D.L. und Johnson, R. (1991): Evidence of the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. JAMA 266 (17): 2419–2429.

Hodgetts, D., Radley, A., Chamberlain, K. und Hodgetts, A. (2007): Health inequalities and homelessness: Considering material, spatial and relational dimensions. Journal of Health Psychology, 12(5): 709–725.

Hoefert, H. W. (1997): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine kritische Zwischenbilanz. Psychomed, 9(1): 4–11.

Holland, W. W. und Stewart, S. (1990): Screening in Health Care. Benefit or Bane? Nuffield Provincial Hospitals Trust London.

Hollederer, A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 35(3): 411–428.

Hollederer, A. (2003): Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? IAB Kurzbericht, 4, Nürnberg.

Hollederer, A. (2005): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention, in: Badura, B., Schellschmidt, H und Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005, Berlin: 219–239.

Hollederer, A. (2006): Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 181–197.

Hollederer, A. (2007): Fallmanagement als „neuer Weg in der Beschäftigungsförderung“: auch ein Weg aus Suchtabhängigkeit und Arbeitslosigkeit? in: Henkel, D. und Zemlin, U. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für die Wissenschaft und Praxis mit Beiträgen zur Epidemiologie, Prävention, Therapie/Rehabilitation und beruflichen Integration, Frankfurt a.M. (i. E.).

Holtmannspötter, H. (2002): Von „Obdachlosen“, „Wohnungslosen“ und „Nichtsesshaften“, in: Nouvertne, K., Wessel, T. und Zechert, H. (Hrsg.), Obdachlos und psychisch krank, Bonn: 17–27.

Howse, K. (2005): Policies for healthy ageing. Ageing Horizons, 2: 3–15.

Hurrelmann, K. (2003): Determinanten von Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. überarb. u. erw. Aufl., Schwabenheim: 26–28.

IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH) (2003): Modellrechnung „Kosten-Nutzen-Abschätzung der HIV/STD-Prävention in Deutschland“. Kurzgutachten für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Berlin, vervielf. Ms..

IKK (IKK-Bundesverband) (2006): IKK Bericht 2006. Arbeit und Gesundheit im Handwerk, Bergisch-Gladbach.

Impact (International Health Impact Assessment Consortium) (2004): EPHIA. European Policy Health Impact Assessment. Gesundheitsverträglichkeit Europäischer Politikentscheidungen, Liverpool.

Institut für soziale Arbeit (2001): Expertise Sozialraumorientierte Planung – Begründungen, Konzepte, Beispiele, Münster.

Ishorst-Witte, F. (2001): „Gute Besserung!“ Untersuchung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg. Diakonisches Werk Hamburg,

iSPO (Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung GMBH) (Hrsg.) (2005): 2. Zwischenbericht des Modellprojekts Aufsuchende Soziale Arbeit, www.dwsaar.de/downloads/Aufsuchende_view.pdf (Stand 2006).

Jahoda, M. (1982): Employment and unemployment – a social-psychological analysis, Cambridge.

Jahoda, M., Lazarsfeld, P. und Zeisel, H. (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal (1933), Frankfurt a.M..

Jin, R., Shah, C. P. und Svoboda, T. J. (1997): The impact of unemployment on health: A review of the evidence. Journal of Public Health Policy, 18: 275–301.

Judge, K., Platt, S., Costongs, C. und Jurczak, K. (2006): Health Inequalities: a Challenge for Europe. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London.

Karas, A. und Kuhnert. P. (2005): Keine Arbeit, kein Stress? Stress und psychische Beeinträchtigungen in der Arbeitslosigkeit, in: Kastner, M., Hagemann,T. und Kliesch, G., Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich: 91–114.

Kastner, M. (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Was bewirkt was und was ist zu tun?, in: Kastner, M., Hagemann, T. und Kliesch, G., Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich: 53–89.

Kastner, M., Hagemann,T. und Kliesch, G. (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich.

Kellinghaus, C. (2000): Wohnungslos und psychisch krank. Eine Problemgruppe zwischen den Systemen: Konzepte – empirische Daten – Hilfsansätze, Münster.

Kieselbach, T. (1988): Youth unemployment and health effects. International Journal of Social Psychiatry, 34(2): 83–96.

Kieselbach, T. und Schindler, H. (1984): Psychosoziale Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und Hindernisse für eine Aktivierung Arbeitsloser. Bremer Beiträge zur Psychologie, 32, Bremen.

Kieselbach, T. und Svensson, P. G. (1988): Health and social policy responses to unemployment in Europe. Journal of Social Issues (Special issue), 44(4): 173–191.

Kieselbach, T. und Beelmann, G. (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 13–31.

Kilian, H., Brender, C., Geene, R., Richter, A. et al (2003): Abschlussbericht Projektphase 1: „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“, in: BZgA, Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 22, Köln: 65–104.

Kilian, H., Geene, R. und Philippi, T. (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting, in R. Rosenbrock, M. Bellwinkel und A. Schröer (Hrsg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“ (pp. 151–230), Essen.

Kirp, D. und Bayer, R. (Hrsg) (1994): Strategien gegen AIDS. Ein internationaler Politikvergleich. Mit einem Nachwort von Rolf Rosenbrock. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, 14, Berlin.

Kirschner, W. (1993): HIV-Surveillance. Inhaltliche und methodische Probleme bei der Bestimmung der Ausbreitung von HIV-Infektionen. edition sigma, Berlin.

Kirschner, W.; Radoschewski, M.; und Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin.

Kirschner, W. und Elkeles, T. (2006a): Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 97–112.

Kirschner, W. und Elkeles, T. (2006b): Job Fit Regional Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitssuchenden in NRW – Ergebnisbericht zu den Erfahrungen, Berlin.

Klein, T. und Unger, R. (2002): Aktive Lebenserwartung in Deutschland und in den USA. Kohortenbezogene Analysen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35(6), 528–539.

Klosterhuis, H. und Müller-Fahrnow, W. (1994): Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern, in: Mielck, A. (Hrsg.), Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland (pp. 319–330), Opladen.

Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47(3): 235–239.

Korzilius, H. (2000): Versorgung Wohnungsloser: Keine „Gettoisierung“. Deutsches Ärzteblatt, 97(39): A-2500/B-2153/C-1999.

Kruse, A. (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Baden-Baden.

Kümpers, S. (2006). Stadtteilbasierte Prävention mit benachteiligten älteren Menschen: Erkenntnisstand und Forschungsbedarf, 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG): „Altern im Fokus der Wissenschaften“, 29.–30.09.06, Freiburg.

Kuhnert, P. und Kastner, M. (2006): Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 123–135.

Kunstmann, W. (2006): Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und seine Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser. Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb? Eine Zwischenbilanz der Reformen im Gesundheitswesen, in: HAG e.V. (Hrsg.), Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?! Auswirkungen des Reformprozesses auf die gesundheitliche Lage von Wohnungslosen, Hamburg: 17–28, www.hag-gesundheit.de/documents/buch_03__171.pdf (Stand 16.11.2006).

Kunstmann, W., Gerling, S. und Becker, H. (1996): Medizinische Versorgungsprojekte für Wohnungslose – Ursachen und Konzepte. Wohnungslos, 38(3): 103–112.

Kunstmann, W. und Ostermann, T. (2002): Medizinische Versorgung Wohnungsloser – Möglichkeiten und Ergebnisse einer gesundheitsbezogenen Datendokumentation. Die Gesundheit Wohnungsloser: Mehr Fragen als Antworten. Wohnungslos, 44(4): 150–153.

Labonte, R. (1997): Community, community development, and the forming of authentic partnerships, in: Minkler, M. (Hrsg.), Community organizing and community building for health (pp. 88–102), New Brunswick.

Lampert, T (2000): Sozioökonomische Ungleicheit und Gesundheit im höheren Lebensalter – Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen, in: Backes, G.M. und Clemens, W. (Hrsg.), Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen, Opladen.

Lampert, T. und Ziese, T. (2005): Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Langer, Ph. (2005): Positives Begehren: Psychosoziale Ursachen des HIV-Risikoverhaltens homosexuell lebender Männer und Perspektiven einer präventiven Praxis. Qualitatives Projekt, Arbeitsgruppe HIV, Abt. Sozialpsychologie, LMU München, vervielf. Ms.

Lazarsfeld, P. (1933): An Unemployed Village. Character and Personality. An International Quaterly of Psychodiagnostics and Allied Studies, 1: 147–151.

Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnberger, M., Brandes, S. und Bartsch, G. (2006): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, Köln.

Leidel, J., Kimont, H.G. und Berger, H. (1998): Die medizinische Versorgung Obdachloser. Gesundheitswesen, 60, Sonderheft 1: 41-46.

Lenhardt, U. (2003): Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Journal of Public Health), 11: 18-37.

Lenhardt, U., Elkeles, T. und Rosenbrock, R. (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung, Verbreitung und Verhütung, Weinheim.

Leppin, A. (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention, in: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: 31–40.

Löhr, R.-P. (2004): Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung. impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung (Juni), 4.

Ludwig, M. (1996): Armutskarrieren. Zwischen Abstieg und Aufstieg im Sozialstaat, Opladen.

Luger, L. (1998): HIV/AIDS prevention and ‚class’ and socio-economic related factors of risk of HIV infection. Publications series of the Research Unit Public Health Policy: P98–204, Berlin.

Mackenbach, J. P. und Bakker, M. J. (Hrsg.) (2002): Reducing Inequalities in health: a European Perspective, London/New York.

Mackenbach, J. P. und Stronks, K. (2002): A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ 325: 1029–1032.

Mackenbach, J. P. und Bakker, M. (2003): Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. The Lancet 362: 1409–1414.

Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Kunst, A. E. und Diderichsen, F. (2002): Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview, in: Mackenbach, J. P. und Bakker, M. J. (Hrsg.), Reducing inequalities in health: a European perspective (pp. 3–24), London/New York.

Mann, M. (1986): The Sources of Social Power: Volume I – A History of Power from the Beginning to A. D. 1760, Cambridge.

Marcus, U. (2007): Präventionsstrategien zur Eindämmung der HIV-Epidemie – Erfolge, Probleme und Perspektiven, Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(4): 412–421.

Marmot, M. G. und Shipley, M. J. (1996): Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. British Medical Journal, 313: 1177–1180.

Mayer, K. U. und Wagner, M. (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter, in: Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (pp. 251-275), Berlin.

Mayer, K.U ., Baltes, P.B., Baltes, M.M., Borchelt, K., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U. M., Steinhagen-Thiessen, E. und Wagner, M. (1996). Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie, in: Mayer, K.U. und Baltes, P. B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (pp. 599–634), Berlin.

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (Hrsg.) (2004): Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002, Essen.

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (Hrsg.) (2007): Dokumentation 2005. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung, Essen.

Mechling, H. (2005): Körperlich-sportliche Aktivität und erfolgreiches Altern, Bundesgesundheitsblatt, 48(8): 899–905.

Merten, M. (2004): Medizinische Versorgung Obdachloser: Ohne Netzwerk unmöglich. Deutsches Ärzteblatt, 101, (43): A-2866/B-2425/C-2313.

Mertens, T., Caraël, M., Sato, P., Cleland, J. et al. (1994): Prevention indicators for evaluating the progress of national AIDS programmes. AIDS 8: 1359–1369.

MFJFG (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. www.lig.nrw.de/gesundheitberichterstattung/gesundheitsindikatoren/landesges_bericht_2000.html (Stand 30.11.2006).

Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern.

Miller, R. und Lipman, M. (1996): HIV Pre-test discussion. Not just for specialists. BMJ 313(20): 130.

Ministry of Health and Social Affairs (2002): Mål för folkhälsan. Regeringens proposition 2002/03: 35. Harpsund

Minkler, M., Schauffler, H. und Clements-Nolle, K. (2000): Health promotion for older Americans in the 21st century. American Journal of Health Promotion, 14(6): 371–379.

Moebus, S., Hoffman, B. und Merkel-Jens, A. (2005): Adipositasprogramme – (k)eine Hilfe für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche? Bremerhaven.

Morris, J. K., Cook, D. G. und Sharper A. G. (1994): Loss of employment and mortality. BMJ, 308: 1135–1193.

Moser, K. und Paul, K. (2001): Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 33(3): 431–442.

Murphy, D. (2006): Exploring the Complex Relationship between Housing and Health through Consideration of the Health Needs of People who are Homeless. www.feantsa.org/files/HealthandSocialProtection/Reference-Documents/WS_5_Murphy.doc (Stand 22.11.2006).

Mut (2005): Die Arztpraxen und Zahnarztpraxen für Obdachlose der MUT gGesellschaft für Gesundheit. www.mut-gesundheit.de/soz_obdachl.htm (Stand 29.11.2006).

Nicholson, A., Bobak, M., Murphy, M, Rose, R. und Marmot, M. (2005): Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. Social Science/Medicine, 61: 2345–2354.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2006): OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries, http://www.oecd.org/health/healthdata (Stand 20.09.2006).

Olausson, P. O. (1991): Mortality among the elderly in Sweden by social class. Social Science and Medicine, 32(4): 427–440.

Paul, K., Hassel, A., und Moser, K. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit – Befunde einer quantitativen Forschungsintegration, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 35–51.

Plattform (2001): Informationen aus dem NRW-Landesprogramm „Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern", Heft 2, www.wohnungsnotfallhilfe.nrw.de/de/download/platt01-2.pdf (Stand 16.12.2006).

Quadflieg, N. (1998): Psychische Störungen bei wohnungslosen Männern. Wohnungslos, 40(3): 98–102.

Rautio, N., Heikkinen, E. und Ebrahim, S. (2005): Socioeconomic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. Social Science/Medicine, 60(11) 2405–2416.

Rautio, N., Heikkinen, E. und Heikkinen, R.-L. (2001): The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. Archives of Gerontology and Geriatrics, 33: 163–178.

Rehfeld, U. und Scheitl, O. (1991): Sterblichkeit und fernere Lebenserwartung von Rentnern der gesetzlichen Rentenversicherung – aktuelle Ergebnisse für 1986/1988 und Bilanz zum bisherigen Untersuchungsstand. Deutsche Rentenversicherung: 289–320.

Richter, M. und Mielck, A. (2000): Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8(3) 198–215.

RKI (Robert Koch-Institut) (2006a): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.09.2006). Epidemiologisches Bulletin, Halbjahresbericht I/2006, 31, Oktober/ Sonderausgabe B.

RKI (Robert Koch Institut) (2006b): Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert, S. und House, J. S. (1996): SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. Journal of Aging and Health, 8(3) 259–388.

Robine, J.-M. und Jagger, C. (2005): The relationship between increasing life expectancy and healthy life expectancy. Ageing Horizons, (3) 14–21.

Robine, J.-M. und Michel, J.-P. (2004): Review article: looking forward to a general theory on population aging. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 59 A(6): 590–597.

Rodriguez, E. (2001): Keeping the Unemployment Healthy: The Effect of Means-Tested and Entitlement Benefits in Britain, Germany and the United States. American Journal of Public Health, 33(9): 1403–1411.

Romeu, G.L. (2004): Unemployment and Health: An analysis by means of better data and improved methodology, Berlin.

Rosenbrock, R. (1986): AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg.

Rosenbrock, R. (1987): Some social and health policy requirements for the prevention of AIDS. Health Promotion. An International Journal, 2: 161–168.

Rosenbrock, R. (1991): Screening for Human Immunodeficiency Virus. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 7(3): 263–274.

Rosenbrock, R. (1994): Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie, in: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B (Hrsg), Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Geesundheitssicherung. Berlin, 358–382.

Rosenbrock, R. (1998): Arbeitslosigkeit und Krankheit. Gesundheitswissenschaftliche Befunde, FORUM Wissenschaft, 15(1): 15–17.

Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health. Bundesgesundheitsblatt 44 (8): 753–762.

Rosenbrock, R. (2002): Ein Grundriss wirksamer AIDS-Prävention, in: Rosenbrock, R. und Schaeffer, D. (Hrsg) unter Mitarb. v. Kohler, R.: Die Normalisierung von AIDS: Politik – Prävention – Krankenversorgung, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, 23, Berlin, 71–81.

Rosenbrock, R. (2004a): Prävention und Gesundheitsförderung, in: Brennecke, R. (Hrsg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Bern/Göttingen/Seattle/Toronto: 242–252.

Rosenbrock, R. (2004b): Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Gesundheitswesen, 66: 146–152.

Rosenbrock, R. (2004c): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M. und Schröer, A. (Hrsg.) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, Bremerhaven: 7–149.

Rosenbrock, R. (2006): Das „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlilchen Prävention“. Ein Regelungsversuch. Prävention und Gesundheitsförderung 1(1): 6–11.

Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P., Schaeffer, D. und Setbon, M. (2000): The normalization of AIDS in Western European countries. Social Science & Medicine, 50: 1607–1629.

Rosenbrock, R. und Wright, M. T. (Hrsg.) (2000): Partnership and Pragmatism: Germany’s Response to AIDS Prevention and Care, London.

Rosenbrock, R. und Schaeffer, D. (Hrsg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23, Berlin.

Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P., Schaeffer, D. und Setbon, M. (2002): Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa – Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit, in: Rosenbrock, R. und Schaeffer, D. (Hrsg.), Die Normalisierung von AIDS. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, 23, Berlin: 11–68.

Rosenbrock, R., Bellwinkel, M und Schröer, A. (Hrsg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, 8, Essen.

Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern.

Rosenbrock, R. und Kümpers, S. (2006): Die Public Health Perspektive. Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern, in: Wendt, C. und Wolf, C. (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, 243–269.

Rosenbrock, R. und Michel, C. (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitspolitik, Berlin.

Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Cedras, L., Blais, L. und Boivin, J.-F. (2003): Drug Injection Among Street Youths in Montreal: Predictors of Initiation. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 80(1): 92–105.

Salize, H.J., Dillmann-Lange, C. und Kentner-Figura, B. (2002): Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser – Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? in: Nouvertne, K., Wessel, T. und Zechert, H. (Hrsg.), Obdachlos und psychisch krank, Bonn, 28–40.

Sander, D. (2006): „Man kann's therapieren, aber man wird's nie los". Kontexte von HIV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern in Deutschland. Eine qualitative empirische Erhebung. AIDS-Forum DAH, 50, Berlin.

Sander, D. (2007): ‚Vulnerabilitätsfaktoren' im Kontext von HIV, in: Pant, A. und Drewes, J. (Hrsg.), Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV und AIDS, AIDS-FORUM DAH, Bd. 54, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 2007 (i. E.).

Schaak, T. (2004): Empirische Befunde zur gesundheitlichen und sozialen Situation wohnungsloser Menschen in Hamburg. Ergebnisse einer Untersuchung der Hilfeangebote des Caritasverbandes für Hamburg e.V. und einer Hamburger Befragung auf der Straße lebender Menschen. Wohnungslos, 46(2): 59–63.

Schaeffer, D. und Moers, M. (1994): Präventive Potentiale kurativer Institutionen – Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege, in: Rosenbrock, R. Kühn, H. und Köhler, (Hrsg.), Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung (pp. 385–407), Berlin.

Schmidt, A. J., Marcus, U. und Hamouda, O. (2007): KABaSTI-Studie – Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen. Aufbau einer deutschlandweiten 2nd Generation Surveillance für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Bericht an das BMG, mimeo, Berlin.

Schröder, H. (2004): Immer mehr jüngere Wohnungslose in der BRD? Zur Altersstruktur der Wohnungslosen in der BRD. Wohnungslos, 46(2): 55–58.

Schwartz, F. W., Badura, B., Brecht, J. G., Hofmann, W., Jöckel, K. H. und Trojan, A. (1991): Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung, Berlin.

Schwartz, F. W. und Badura, B. (1991): Public Health. Ansätze zu Aufbaustudiengängen in Deutschland, Gerlingen.

Schwartz, F. W., von Troschke, J. und Walter, U. (1999a): Public Health in Deutschland, in: Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.), Public-Health-Forschung in Deutschland, Bern.

Schwartz, F. W., Bitzer, E. M., Dörning, H., Grobe, T. G., Krauth, C., Schlaud, M., Schmidt, Th. und Zielke, M. (1999b): Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland. Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation, Lengerich.

Schwarzenau, M. (2002): Medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland – Wo stehen wir? Wohnungslos, 44, (1): 1–6.

Seeberger, B. (2003): Ältere türkische Gastarbeiter/-innen in Deutschland, in: Seeberger, B. und Braun, A. (Hrsg.), Wie die anderen altern. (pp. 231–260). Frankfurt a.M..

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) (2007): – Gesetzliche Krankenversicherung – (860-5) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482) geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378, Rechtsstand 1. April 2007.

Smedley, B. D. und Syme, S. L. (2001): Promoting Health, Intervention Strategies from Social and Behavioral Reserach, Washington.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselmann, B., Settersten, R. und Kunzmann, U. (1996): Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K.U. Mayer und P.B. Baltes (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. (pp. 497–523). Berlin.

Sonntag, D., Welsch, K. und Bauer, C. (2006:) Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht: 171–188.

Statistisches Bundesamt (2005): Pressemitteilung vom 14.02.2005 www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p0600092.htm (Stand 06.02.2007).

Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden.

Steinhagen-Thiessen, E. und Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. (pp. 151–183). Berlin.

Stern, Y., Albert, S., Tang, M.-X. und Tsai, W.-Y. (1999): Rate of memory decline in AD is related to education and occupation. Cognitive reserve? Neurology, 1: 1942–1947.

Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. und Beck, J. C. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. Journ. of the American Med. Association 287(8): 1022–1028.

Thomas, S. (2005): Berliner Szenetreffpunkt Bahnhof Zoo. Alltag junger Menschen auf der Straße, Wiesbaden.

Thorslund, M. und Lundberg, O. (1994): Health and Inequalities among the oldest old. Journal of Aging and Health, 6(1): 51–69.

TK (Techniker Krankenkasse) (2005): Gesundheitsreport, Hamburg.

Trabert, G.(1995): Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation, Bielefeld.

Trabert, G. (2002): Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung, in: Nouvertne, K., Wessel, T. und Zechert, H. (Hrsg.), Obdachlos und psychisch krank, Bonn: 80-91.

UNAIDS (1997): UNAIDS Policy on HIV testing and counselling, http://data.unAIDS.org/publications/irc-pub06/jc935-3onesinaciton_en.pdf (Stand 20.09.2006).

UNAIDS Report (2006): http://www.unAIDS.org/publications/documents/health/counselling/counselpole.html (Stand 20.09.2006).

van de Ven, P., Kippax, S., Crawford, J., Rawstorne, P., Prestage, G., Brulich, A. und Murphy, D. (2002): In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex. AIDS Care 14(4): 471–480.

van de Vroome, E. M., Paalman, M. E. und Sandfort, T. G. (1990): AIDS in the Netherlands: the effects of several years of campaigning. Int. J. STD. AIDS, 1: 268–75.

van den Boom, F. (1998): The normalisation of AIDS? AIDS policies: comparison, changes and perspectives, in: Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference ‚AIDS in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.' UNESCO, 12–15 January 1998, Paris.

von Renteln-Kruse, W. (2004): Geriatrische Syndrome – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung, in: v. Renteln-Kruse, W. (Hrsg.), Medizin des Alterns und des alten Menschen. (pp. 61–66). Darmstadt.

von Troschke, J. (2001): Wer macht Public Health in Deutschland? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44(8): 763–770.

von Troschke, J., Hoffmann-Markwald, A., Reschauer, G. und Häberlein, U. (1993): Entwicklung der Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland. Sachstandsbericht 1993, Freiburg.

von Braunmühl, C. und Toumi, I. (2006): Arbeitsmarktförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement, in: Hollederer, A. und Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: 215–222.

von der Knesebeck, O. und Schäfer, I. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter, in: Richter, M. und Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (pp. 241–253), Wiesbaden.

Völlm, B., Becker, H. und Kunstmann, W. (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. Sozial- und Präventivmedizin, 49(1): 42–50.

Waller, H (2007): Der Beitrag der sozialen Arbeit zur Prävention, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 43, Hamburg: 74–85.

Walter, U. und Schwartz, F.W. (2001): Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. (pp. 145–252). Opladen.

Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C. und Schwartz, F. W. (2006): Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis, Wiesbaden.

Wanless, D. (2002): Securing our Future Health: Taking a Long-Term View – Final Report, London.

Wessel, T., Zechert, C. und Kämper, A. (2002): Kommunale Wohnungspolitik für psychisch kranke und suchtkranke Menschen, in: Nouvertne, K., Wessel, T. und Zechert, H. (Hrsg.), Obdachlos und psychisch krank, Bonn: 158–167.

Weyerer, S. (2005): Altersdemenz, Berlin.

Whitehead, M. (1998): Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspectice. Milbank Quarterly 76: 469.

WHO (World Health Organization) (2002a): Active ageing: A policy framework, Geneva.

WHO (World Health Organization) (2002b): Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health, ICF, Genf.

Wiborg, G., Wewel, M., Hanewinkel, R. und Stephan, C. (2005): Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen. Konzeption, Implementation und Evaluation der „FIT-Beratung". Abschlussbericht über das Pilotprojekt im Jahr 2004.

Wiborg, G, Stephan, C., Wewel, M,. Hanewinkel, R., Brower, M. und Isensee, B. (2005): Die FIT Beratung – Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose, Essen.

Wildner, M., Nennstiel-Ratzel, U., Reisig, V., Ehrensperger-Reeh, P., Caselmann, W. H., Kerscher, G. und Zapf, A. (2006): Schwerpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern. Prävention und Gesundheitsförderung, 1(3): 149–158.

Wilkinson, R. und Marmot, M. (Hrsg.) (2003): Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization, Copenhagen.

Wright, M. und Noweski, M. (2006): Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet. Discussion-Paper SP I 2006-312 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Wright, M. T. und Block, M. (2005a): Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. Wissenschaftszentrum Berlin Paper SP I 2005-504, Berlin.

Wright, M. T. und Block, M. (2005b): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation in der lebensweltorientierten Primärprävention, in: Kirch, W. und Badura, B. (Hrsg.), Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongress.

Wright, N. M. J. und Tompkins, C.N.E. (2005): How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. www.euro.who.int/Document/E85482.pdf (Stand 02.08.2006).

Wurm, S. und Tesch-Römer, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung, in: Tesch-Römer, C., Engstler, H. und Wurm, S. (Hrsg.), Altwerden in Deutschland.

Zeisel, H. (1933): Zur Soziographie der Arbeitslosigkeit. Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, 69: 96–105.

Zenilman, J. M., Erickson, B, Roix M. R., Reichart, C. A. und Hook, E. W. III (1992): Effect of HIV Posttest Counseling on STD Incidence. JAMA 267(6): 843–845.

Anhang

Anhang 1

Exemplarische Darstellung von PSI für die Nutzung in Deutschland (Anhang zum Kapitel 4 – Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung)

A 1-1 Globale Indikatoren

1. Sterblichkeit bei DRGs mit niedriger Mortalitätsrate

Die Evidenz und Validität dieses Indikators, der an zweiter Stelle im PSI-Set der AHRQ steht, ist umstritten (AHRQ 2007d, Kristensen et al. 2007a, McDonald et al. 2002), obwohl die Validität besser als die der Gesamtmortalität ist. Das Populationsrisiko liegt bei 0,62/1 000 Personen. Verstorbene Patienten mit einer DRG mit niedriger Mortalitätsrate haben eine 5,2-fach höhere Wahrscheinlichkeit einer Substandardversorgung als andere verstorbene Patienten (9,8 % versus 1,7 %) (Hannan et al. 1989). In mehr als der Hälfte der Fälle wurde dies zumindest teilweise auf die Versorgung zurückgeführt (Hannan et al. 1989). Eine Risikoadjustierung für Alter und Komorbiditäten wird stark befürwortet (AHRQ 2007d). Für die Pädiatrie ist der Indikator nicht sinnvoll anzuwenden (Kristensen et al. 2007a). Weitere Evidenz über die Validität des Indikators liegt nicht vor. Es liegen umfangreiche Erfahrungen mit diesem Indikator vor, die Reliabilität und Machbarkeit sind sehr gut, Sensitivität, Relevanz und Regelgebundenheit allerdings gering. Der Nutzen wird als hoch gewertet, da jeder Todesfall bei einem Patienten mit *low mortality*-DRG in jedem Fall einem Review unterzogen werden sollte (AHRQ 2007d). Aufgrund potentieller Bias (hohe *minimale bias*) und Unklarheiten über das Ausmaß der Verhinderbarkeit wird der Indikator nicht zur Veröffentlichung (*public disclosure*) empfohlen.

Wertung: Der Rat empfiehlt die risikoadjustierte Verwendung dieses Indikators im Rahmen der PSI für Erwachsene trotz der beschränkten Validität und der nur relativen Eignung im Sinne der Anforderungen an PSI, insbesondere wegen der großen Erfahrung mit diesem Indikator, der Relevanz derartiger Ereignisse, der guten Machbarkeit und Reliabilität und wegen der Notwendigkeit, jeden dieser Fälle einem Review zu unterziehen, so dass jede Einrichtung von der Validität des Indikators ein genaues Bild erhält. Die Einbeziehung in die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten sollte keine hohe Priorität erhalten, wird auf dem Hintergrund des obligaten innerinstitutionellen Reviews aber auch nicht kategorisch abgelehnt. Die Tatsache, dass der Rat die Gesamtmortalität nicht als PSI vorschlägt, schließt nicht aus, dass dieser Indikator in Qualitätsindikatoren-Sets durchaus Verwendung findet.

2. Dekubitus

Dekubitus hat als AHRQ Indikator Nr.3 (AHRQ 2007d; McDonald et al. 2002), als SimPatIE-Indikator (Kristensen et al. 2007a) und als OECD Indikator (Millar/Mattke 2004) eine große Bedeutung im Sinne eines globalen Indikators. Das Populationsrisiko liegt bei 22,66/1 000. Die Prävalenz eines Dekubitus bei stationären Patienten wird auf 3 %-11 % geschätzt, wobei über die Hälfte bei 70-89-Jährigen vorkommt. Ungefähr 60 % der Dekubiti entstehen in der Akutversorgung. Aufgrund der lückenhaften Datenlage in Deutschland ist die Prävalenz von Dekubitus nicht genau bekannt. Es werden 400 000 behandlungsbedürftige Druckgeschwüre pro Jahr vermutet. Die Prävalenzrate schwankt – in Abhängigkeit von Einrichtung, Region, Versorgungsform und Risikogruppen – zwischen 5 % und 40 % (Dassen 2004; RKI 2002). In Krankenhäusern wird die Prävalenz auf etwa 10 % und in Pflegeheimen und geriatrischen Kliniken auf ca. 30 % geschätzt. Druckgeschwüre können zu längeren Liegedauern, höheren Krankenhauskosten (schätzungsweise 4 000 US-Dollar bis 40 000 US-Dollar pro neu entstandenem Dekubitus), erhöhter Pflegezeit, morbiden Komplikationen (u. a. Osteomyelitis, Sepsis) und höheren Mortalitätsraten führen (Shojania et al. 2001).

Die Reliabilität des Indikators ist nicht unbestritten, insbesondere wegen der schwierigen Unterscheidung zwischen bei Aufnahme bestehenden und während der Behandlung auftretenden Dekubiti (soweit Rountinedaten genutzt werden), wegen des systematischen Screenings und der Reliabilität der Kodierung insbesondere in frühen Stadien. Krankenhäuser, die im Rahmen ihrer Qualitätsverbesserung Dekubitus routinemäßig erfassen, können künstlich höhere Raten an Dekubitus aufweisen als andere Krankenhäuser. Dies gilt auch für die Messung durch Routinedaten (z. B. Complication Screening Program, CSP)[275] (Iezzoni et al. 1994); in Studien lag die Sensitivität der Entlassungsdiagnose des Dekubitus zwischen 6 und 54 % (Berlowitz et al. 1999; Geraci et al. 1997; Keeler et al. 1991).

Die Validität kann sich zunächst auf eine hohe Augenscheinvalidität stützen, es besteht eine große klinische Plausibilität, da es sich um eine häufige Komplikation aufgrund inadäquater Versorgung von immobilisierten

[275] Das von Iezzoni et al. entwickelte CSP hat Pionierarbeit für die AHRQ-PSI geleistet. 27 Komplikationen wurden identifiziert und evaluiert: Patienten, die durch das CSP erfasst wurden, erlitten mehr Komplikationen bei ihrer gesundheitlichen Versorgung und potentielle Qualitätsprobleme als andere Patienten (Iezzoni et al. 1999).

Patienten handelt (OECD 2006). Der *minimale bias* ist hoch, daher ist eine Risikoadjustierung zu fordern. Die Konstruktvalidität kann sich auf die Tatsache stützen, dass der pflegesensible Qualitätsindikator Dekubitus signifikant mit der Qualifizierung des Pflegepersonals assoziiert ist. Mehr Pflegepersonal sowie ein höherer Anteil an examiniertem Pflegepersonal sind signifikant mit kürzeren Aufenthaltsdauern verbunden und unerwünschte Ergebnisraten sind niedriger bei einer höheren Rate an examiniertem Pflegepersonal (Lichtig et al. 1999).

Die Relevanz ist hoch, der Indikator ist klinisch bedeutsam und stellt einen guten Parameter für Qualitätsmessung und für die Kostenkontrolle (längere Liegezeiten) dar. Er ist auch beeinflussbar, so kann der Dekubitus mit gut qualifiziertem Pflegepersonal verhindert werden (OECD 2006; RKI 2002).

Die Risikoeinschätzung wird als ein integraler Bestandteil der Prävention von Dekubitus betrachtet. In einem Review wurde zur Risikoeinschätzung der Einsatz von Instrumenten (drei verschiedene Skalen sowie eine klinische Beurteilung durch Pflegekräfte) zur Prävention von Dekubitus überprüft. Es wurde keine Evidenz zur Reduktion der Inzidenz von Dekubitus durch Risikoeinschätzungs-Skalen gefunden. Mit Hilfe von zwei Skalen – der Braden-Skala[276] (in dieser Studie optimale Validität und beste Sensitivität/Spezifität-Balance) und Norton-Skala[277] – konnte das Dekubitus-Risiko besser vorhergesagt werden als durch die klinische Beurteilung der Pflegekräfte (Pancorbo-Hidalgo et al. 2006). Zur Identifizierung von Risiko-Patienten für Dekubitus werden die Norton-Skala und Braden-Skala breit eingesetzt. Es werden unterschiedliche Strategien zur Primärprävention von Dekubitus angewandt. Um die Präventivmaßnahmen besser zu verfolgen, sind standardisierte Strategien erforderlich, so dass eine genauere Schätzung der Prävalenz möglich ist (Shojania et al. 2001). Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt seit 1999 in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) evidenzbasierte Expertenstandards u. a. zur ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege' (DNQP 2004). Evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen werden insgesamt wenig angewandt (Garms-Homolová/Roth 2004), z. T. sogar veraltete und schädliche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt (RKI 2002). Die insuffiziente Verständigung zwischen Pflegepersonal und Ärzten sowie die mangelnde Kooperation können zu mehr Personalbedarf, längeren Liegezeiten sowie höheren Kosten führen, wobei die Kostenberechnung aufgrund der unzureichenden Datenlage erschwert ist (RKI 2002). Als Verbesserungsmaßnahmen werden ein bestmögliches Schnittstellenmanagement sowie Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen von Mitarbeitern gesehen (BQS 2006). Die Kliniker weisen Wissenslücken bezüglich der evidenzbasierten Behandlung auf. Daher sind Studien zur Erhöhung des Evidenz-Niveaus zur Prävention von Dekubitus und seiner Therapie sowie Programme zur Verbesserung der Wahrnehmung und Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien erforderlich (Helberg et al. 2006). Die von der BQS erhobenen Daten zur Dekubitusprophylaxe für ausgewählte Eingriffe weisen Dokumentationsmängel der Kliniken auf: Die Erfassung des Dekubitusstatus bei der Aufnahme und Entlassung war lückenhaft und z. T. wurde die Gradeinteilung fehleingeschätzt. Es wird erwogen, die Dekubitusgrade III und IV als *sentinel event zu erfassen* und ab 2007 den ‚Generalndikator Dekubitusprophylaxe' prozeduren- und diagnosenunabhängig einzusetzen (BQS 2006).

Wertung: Der Rat empfiehlt entsprechend der aktuellen Diskussion in der BQS den Einsatz des Indikators Dekubitusrate als globales Instrument zur Beurteilung der Pflegequalität und der Kooperation zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus. Der Indikator ist nach Risikoadjustierung zur vergleichenden Veröffentlichung geeignet.

3. In-Hospital Hüftfraktur

Die Erfassung von Stürzen ist problematisch, gleichzeitig handelt es sich um ein großes Problem der Patientensicherheit im stationären und ambulanten Bereich. Stürze und sturzbedingte Verletzungen werden als pflegesensibler Qualitätsindikator betrachtet (Currie 2006). Das Risiko einer Verletzung nach einem Sturz wird auf 30-40 % geschätzt. In einer Studie an administrativen Daten wurde eine Inzidenz von 0,77/1 000 Patiententage festgestellt (Zhan/Miller 2003). In einer retrospektiven Studie in einem irischen Krankenhaus mit 730 Betten wurden im Jahr 2003 insgesamt 267 Stürze auf Basis von Ereignisberichten erfasst, wovon 30,7 % zu Verletzungen führten. Die Sturzrate betrug 13,2/10 000 Patiententage. Die in-Hospital Frakturrate betrug 0,12/1 000 Einweisungen und das Nicht-Berichten von Stürzen wurde auf bis zu 15 % geschätzt (Tan et al. 2005). In einer Studie in den USA wurden in einer Klinik mit 1 300 Betten 183 Stürze über einen Zeitraum von 13 Wochen erfasst (Einschluss von Kindern und Ausschluss von Psychiatrie sowie physikalische Therapie). Viele Stürze (79 %) waren nicht assistiert und ereigneten sich in Patientenzimmern (85 %), 59 % traten abends/über Nacht auf und 19 % während des Gehens. Die internistischen und neurologischen Abteilungen wiesen die höchsten Sturzraten pro 1 000 Patiententage (jeweils 6,12 Stürze) und die höchsten Patient zu Pflegekraft Raten auf (6,5 bzw. 5.3) (Hitcho et al. 2004). Einer Studie aus Kanada zufolge ereigneten sich die Stürze überwiegend im Patientenzimmer (56 %) oder Badezimmer (15 %), ferner im Flur (29 %). 57 % traten tagsüber zwischen 06 und 18 Uhr auf, 54 % während des Gehens und 14 % während der Verlegung (Pulcins/Wan 2004).

Daher ist es sinnvoll, das Problem der Stürze im Krankenhaus nicht direkt zu zählen, sondern über einen Indikator abzubilden, so z. B. durch die Rate von postoperativen bzw. nach Krankenhausaufnahme aufgetretenen (‚nosokomialen') Hüftfrakturen. In der o. g. Studie aus

[276] Die Braden-Skala erfasst sechs Bereiche: Aktivität, Diätaufnahme, Reibung, Mobilität, sensorische Wahrnehmung und Hautfeuchtigkeit.

[277] Die Norton-Skala erfasst fünf Bereiche: Aktivität, Inkontinenz, Mentaler Status, Mobiltät und körperlicher Zustand.

Kanada wurden in einer Beobachtungszeit von drei Jahren 0,9/1 000 im Krankenhaus erworbene Hüftfrakturen (2000 Patienten) bei 65-jährigen Patienten verzeichnet, wobei Patienten in der chirurgischen Disziplin eine siebenfach höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, ferner wurde bei Hochbetagten und Frauen ein höheres Risiko beobachtet (Pulcins/Wan 2004). Eine weitere kanadische Studie hat im Zeitraum von 1983-1985 Faktoren ermittelt, die das Risiko von Hüftfraktur während des stationären Aufenthalts signifikant erhöhen. Diese sind: schlechtes Sehvermögen, Verwirrtheit, psychotrope Medikamenteneinnahme, vorangegangene Stürze im Krankenhaus, assistiertes Gehen und niedriges Körpergewicht identifiziert (Lichtenstein et al. 1994).

Der Indikator wird sowohl von der AHRQ, dem SimPatIE-Programm als auch von der OECD vorgeschlagen (AHRQ 2007d; McDonald et al. 2002; Kristensen et al. 2007a; Millar/Mattke 2004). Er war ursprünglich als Teil des CSP „Hüftfraktur und Sturz während des stationären Aufenthalts“ vorgestellt worden (Iezzoni et al. 1994). Der Indikator wurde als ein potentiell pflegesensibler Indikator betrachtet (Needleman et al. 2001).

Die Reliabilität von Stürzen ist wegen der Unterdokumentation problematisch, die Reliabilität von Verletzungen nach Sturz (z. B Hüftgelenksfraktur) ist besser. Die Reliabilität von Medicare-Daten gegenüber einem klinischen Review von Ärzten betrug 71 % bei chirurgischen Fällen und war allerdings bei den nicht-chirurgischen Fällen deutlich niedriger (Lawthers et al. 2000; Weingart et al. 2000).

Die Validität kann über den Patienten-Mix, Alter und Geschlecht (Frauen haben ein höheres Risiko) gemindert werden. Die Inzidenz von Stürzen hängt zusammen mit demografischen und anderen Faktoren wie Alter, Geschlecht (zwei Drittel der Stürze unter Frauen), schlechtes Sehvermögen, Verwirrtheit und psychotrope Medikamenteneinnahme. Prozessqualitätsdefizite werden bei Patienten mit einer im Krankenhaus erworbenen Hüftgelenksfraktur festgestellt (Konstruktvalidität) (AHRQ 2007d).

Die Relevanz und Beeinflussbarkeit ist hoch, auch wenn Krankenhausstürze nicht gänzlich vermieden werden können. Stürze belasten nicht nur den Patienten, sondern führen zu längeren Verweildauern und Kosten. Strategien zur Stärkung der Sicherheitskultur und Verbesserung der Leistung hinsichtlich unerwünschter Ereignisse beinhalten evidenzbasierte Interventionen zur Sturzprävention, Training-Teams, Entwicklung einer Infrastruktur zur Unterstützung von organisatorischen Veränderungen, Änderung bestehender Qualitätsindikatoren, um sie für das Benchmarking zu verwenden und Kostenanalyse der Sturzprävention (O'Connor et al. 2006).

Wertung: Der Rat empfiehlt die Verwendung und Veröffentlichung des Indikators ‚Hüftgelenksfraktur nach Krankenhausaufnahme‘ als Kennzahl für die Sturzproblematik und weist auf die Notwendigkeit der Adjustierung durch die bekannten Risikofaktoren hin.

A 1-2 Übergreifende Indikatoren

A 1-2.1 Allgemeine Indikatoren

4. Perioperative Mortalität

Die JCAHO hat in den Jahren 1996-2000 64 Fälle mit operativen und postoperativen Komplikationen in der Akutversorgung überprüft und eine Ursachenanalyse für jedes der Ereignisse erstellt. 90 % der Fälle ereigneten sich bei elektiven Eingriffen, 84 % der Komplikationen führten zum Tode und 16 % zu ernsthaften Verletzungen. Dabei wurden Fälle mit direktem Bezug zu Medikationsfehlern oder zur Anästhesie-Administration nicht in das Review aufgenommen. 58 % der Ereignisse traten postoperativ auf, 23 % intraoperativ, 13 % während der Erholungszeit nach der Anästhesie und 6 % während der Anästhesie-Einleitung (JCAHO 2000).

Der Indikator ‚perioperative Mortalität‘ wird von der AHRQ (Refinement of the HCUP Quality Indicators (Davies 2001); AHRQ Guide to Inpatient Quality Indicators (AHRQ 2007b)), der Joint Commission (JCAHO sentinel event (JCAHO 2000)) und dem NHS (NHS 2002) eingesetzt. Die AHRQ erfasst stationäre Mortalitätsraten bei ausgewählten chirurgischen Eingriffen und medizinischen Diagnosen und führt die Validität für die jeweiligen Eingriffe und Diagnosen auf. Mortalitätsindikatoren für Krankenhaus-Prozeduren enthalten Prozeduren, bei denen die Mortalität unter den Einrichtungen variiert und es Evidenz dafür gibt, dass eine hohe Mortalität mit einer schlechteren Versorgungsqualität verbunden sein kann. Ein regionaler und institutioneller Vergleich von Mortalitätsraten und deren Trends kann zu detaillierten Analysen und Bemühungen zur Qualitätsverbesserung führen (McDonald 2002).

Das NHS verwendet die 30-Tage-Letalität im Krankenhaus und nach Entlassung (elektiv/nicht elektiv);Sensitivität, Spezifität, Wiederholbarkeit und Diskriminationsfähigkeit müssen noch getestet werden. Die Ergebnisse sollten mit Vorsicht und unter Zuhilfenahme der 95 %-Konfidenzintervalle interpretiert werden (NHS 2002). Die Scottish Clinical Indicators erfassen die 30-Tage-Letalität für 11 ausgewählte elektive chirurgische Operationen. Das Ziel ist es, einen Überblick über Patientenrisiken und chirurgische Ergebnisse zu geben. Die Mortalität variiert in Abhängigkeit vom Patientenkollektiv, der Schwere und der relativen Häufigkeit der unterschiedlichen Prozeduren (www.indicators.scot.nhs.uk). Die Mortalitätsrate ist von 0,44/100 (1992-1994) auf 0,35/100 (1998-2000) zurückgegangen (Clinical Outcomes Working Group 2002).

Die BQS gibt Referenzwerte sowie Spannweiten für die Letalität bei ausgewählten Eingriffen an und vergleicht die Raten mit internationalen Sterblichkeitsraten im Krankenhaus. Notfalleingriffe werden ausgeschlossen (BQS 2006).

Wertung: Die perioperative Mortalität ist ein sinnvoller PSI, wird international weit eingesetzt, sollte auf ausgewählte Prozeduren beschränkt und muss risikoadjustiert werden. Er ist zur Veröffentlichung geeignet.

5. Nosokomialer Myokardinfarkt

Der Indikator beschreibt sowohl die Qualität der konservativen als auch operativen Fachgebiete. Ein akuter Myokardinfarkt, der bei der Aufnahme noch nicht vorlag, kann ein Hinweis auf Defizite in der Diagnostik und Therapie sowohl bei der internistischen Abklärung, der Kooperation der Notaufnahme mit den Stationen und der Intensivstation, den invasiven kardiologischen Einheiten und der Kardiochirurgie sein, als auch Mängel in der präoperativen Risikoeinschätzung beschreiben. Das Risiko eines operationsbezogenen Herzinfarktes steigt für Patienten mit kardialen Vorerkrankungen, Alter über 70 Jahre und schlechtem medizinischen Zustand. Ein postoperativer Myokardinfarkt kann ein Hinweis auf ein inadäquates präoperatives Screenig sein oder darauf, dass der Patient während und nach der Operation eine Versorgung unter dem Standard erhielt (Iezzoni et al. 1994). Unter der Annahme, dass ein Patient mit kardiorespiratorischen Beschwerden bei der Aufnahme nicht sofort operiert wird, ist davon auszugehen, dass bei einer Kodierung solcher Diagnosen und einer früh erfolgten Operation die Wahrscheinlichkeit einer Komplikation vorliegt (McDonald et al. 2002).

Der Indikator ‚postoperative acute myocardial infarction' wurde ursprünglich als Teil des CSP vorgeschlagen (Iezzoni et al. 1994) und wurde von den HCUP Quality Indicators der AHRQ für große chirurgische Eingriffe übernommen (McDonald et al. 2002, Victorian Government 1999).

Der Indikator hatte eine hohe Bestätigungsrate unter den großen chirurgischen Fällen (Iezzoni et al. 1998; Lawthers et al. 2000; McCarthy et al. 2000; Weingart et al. 2000). Die nationale DRG-Validierungsstudie von 1985 gab eine Sensitivität von über 75 % an (Fisher et al. 1992). In einer weiteren Studie wurden die Sensitivität mit 58 % und der prädiktive Wert mit 47 % für Q-Zacken-Infarkte innerhalb 30 Tage nach der Chirurgie angegeben (Best et al. 2002). Die Konstruktvalidität ist mittelgradig, Prozessfehler in der CSP-Validierungsstudie waren mäßig häufig unter den großen chirurgischen Fällen (Iezzoni et al. 1999). Mehr examiniertes Pflegepersonal war nicht mit niedrigerem akuten Myokardinfarkt (AMI)-Rate assoziiert (Kovner/Gergen 1998). Für die konservativen Fachgebiete liegen keine Validierungsstudien vor.

Wertung: Der Rat empfiehlt diesen übergreifenden Indikator zu nutzen, ihn jedoch nicht allein als operativen Indikator zu verwenden, sondern als einen Indikator einzusetzen, der sowohl die prä- bzw. perioperative Phase als auch die Kooperation der konservativen sowie operativen Fachgebiete bei der Abklärung der Koronaren Herzkrankheit beschreibt. Wegen der in den konservativen Fachgebieten noch ausstehenden Validierung ist der Indikator noch nicht zur Veröffentlichung geeignet.

Anhang 2

Strategien gegen gesundheitliche Ungleichheit in Europa (Anhang zu Unterkapitel 6.3 Strategien gegen gesundheitliche Ungleichheit in Europa)

Helene Reemann/Dr. Simone Weyers (BZgA)

A 2-1 Vorbemerkung

Auftrag

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bearbeitet im Rahmen seines Gutachtens 2007 das Thema ‚Primärprävention für vulnerable Gruppen'. In diesem Zusammenhang wurde die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgefordert, die internationale Diskussion und Erfahrungen darzustellen, die hinsichtlich der Formulierung und Umsetzung von Strategien und Politiken zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen bestehen. Es sollen Strategien aus ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten mit einem ähnlichen gesellschaftlichen Kontext wie Deutschland dargestellt und hinsichtlich ihrer Ergebnisse bewertet werden. Hierzu gehören England, Schweden und die Niederlande. Darüber hinaus werden internationale Strategien der EU-Kommission und der WHO umrissen.

Einführung

In vielen Ländern zählt der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zu den Hauptzielen in der Gesundheitspolitik. Dies ist auch in den öffentlichen Gesundheitsprogrammen so festgeschrieben. Ergebnisse des EU-Projektes ‚Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe' sind ein Beleg dafür, dass sich die meisten EU-Mitgliedstaaten zum Ziel gesetzt haben, gesundheitliche Ungleichheiten zu bekämpfen. Die Regierungen der EU-Mitgliedsstaaten stehen zu den von der WHO formulierten Gerechtigkeitsprinzipien und Werten und haben die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Ziel formuliert.

Allerdings wird die Frage, wie dieses Ziel zu verstehen und mit welchen Maßnahmen und Strategien es zu erreichen ist, von den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich beantwortet. Eine Analyse der vorliegenden Informationen zeigt, dass es für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten keine ‚einfache Lösung' gibt. Es zeigt sich stattdessen, dass komplexe, sektorenübergreifende Konzepte benötigt werden. Die Erfolgsmessung ist aufgrund der Komplexität sehr schwierig, Daten für die Zielerreichung sind i. d. R. bis 2010 terminiert. Benötigt werden hierzu beispielsweise integrierte, ressortübergreifende Strategien mit klaren Zielen und realistischen Zeitrahmen sowie Indikatoren zur Erfolgsmessung. Beispielhaft werden die Länder nachfolgend dargestellt, die für die fachliche und politische Diskussion in Deutschland als besonders anregend gelten können: England, Schweden und die Niederlande.

Wichtig für die Formulierung nationaler Ziele und Politiken sind Strategien auf europäischer Ebene, die einen zunehmenden Einfluss auf die gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Entwicklung der EU-Mitgliedsstaaten haben. Die National- und Regionalregierungen Europas wiederum üben Einfluss auf die Gesetzgebung, Politik und Programme der EU aus. Deshalb sind sie gemeinsam aufgefordert sicherzustellen, dass die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten auf europäischer Ebene unterstützt wird.

Grundsätzlich ist an dieser Stelle noch hervorzuheben, dass aufgrund der Dringlichkeit des Problems, der gesellschaftspolitischen Dimensionen und der fachlichen Komplexität, der internationale Erfahrungsaustausch eine zentrale Grundlage bildet für die Entwicklung von Lösungsansätzen. Mit dem EU-Projekt ‚Closing the Gap' und den darin entwickelten Instrumenten des Voneinander-Lernens wird ein wichtiger Beitrag geleistet, ein gemeinsames Verständnis von grundlegenden Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten herzustellen (BZgA 2007b).

A 2-2 Internationale Strategien

A 2-2.1 Strategien auf EU-Ebene

Gesundheit bildet die Grundlage für eine nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung. Ein Hauptziel der Europäischen Union (EU) ist es, den wirtschaftlichen Wohlstand zu vermehren und zugleich die soziale Entwicklung voranzutreiben. Die Politik der Europäischen Union, von der Binnenmarkt- über die gemeinschaftliche Landwirtschafts- bis hin zur Regionalpolitik, hat vielfach Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialbedingungen in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten.

Beim Europäischen Rat in Lissabon und Nizza haben sich die EU-Mitgliedstaaten gemeinsam verpflichtet, bis 2010 die Beseitigung von Armut entscheidend voranzubringen. Um entsprechende Maßnahmen der Mitgliedstaaten anzustoßen und zu unterstützen, wurden auch finanzielle Mittel bereitgestellt. Die sog. Lissabon-Strategie wurde im März 2000 verabschiedet und soll die EU bis 2010 zum dynamischsten und wettbewerbsfähigsten Wirtschaftsraum der Welt machen. Die Strategie bezieht sich auf verschiedene politische Bereiche, wie Forschung, Bildung, Umwelt sowie Beschäftigung und regt die Implementierung nationaler Aktionspläne gegen soziale Ausgrenzung in den EU-Mitgliedsstaaten an. Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten ist ein Schlüssel zur Erreichung dieser Ziele, denn Gesundheit ist eine zentrale Bedingung für Erwerbstätigkeit und Produktivität. Anders herum bedeuten Krankheit, Behinderung und frühzeitige Sterblichkeit in benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine enorme wirtschaftliche Belastung – nicht nur durch Behandlungskosten, die im medizinischen System entstehen, sondern auch durch Produktivitätsverluste aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit (Suhrcke et al. 2005). Konsequenterweise besteht auf Ebene der Europäischen Kommission eine Reihe von Aktivitäten zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten.

Das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit verfolgt das Ziel, „gemein-

schaftsweit zu mehr Gleichheit im Gesundheitswesen beizutragen“ (European Commission 2007). Die im Rahmen des Aktionsprogramms geförderten Maßnahmen sollten sich an der Notwendigkeit orientieren, die Lebensqualität zu fördern, wirtschaftliche und soziale Folgen schlechter Gesundheit zu minimieren und dadurch gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. So werden im Rahmen der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz/Public Health derzeit mehr als ein Dutzend unterschiedlicher Projekte zum Thema gesundheitlicher Ungleichheiten bzw. sozialer Determinanten von Gesundheit mit insgesamt 5 000 000 € gefördert (Prize 2006, persönliche Kommunikation), unter diesen sind:

– Closing the Health Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe

  Das von der BZgA geleitete Projekt hat zum Ziel, effektive Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten aus oder in Verbindung mit dem Bereich von Public Health zu identifizieren (BZgA 2007b).

– EUROTHINE – Tackling Health Inequalities In Europe: an integrated approach

  Das vom Erasmus Medical Centre, Universität Rotterdam, geleitete Projekt identifiziert im Austausch mit europäischen Wissenschaftlern Indikatoren zur Verbesserung der Evidenzlage gesundheitlicher Ungleichheiten sowie zur Beurteilung der Effektivität von Interventionen (Department of Public Health/University Medical Center Rotterdam 2007).

– Reduction of Health Inequalities in the Roma Community

  Die Fundacion Secretariado General Gitano, ein spanischer Wohlfahrtsverband, der sich für die Rechte der Roma einsetzt, ist Vertragshalter dieses Projektes mit dem Ziel, die gesundheitliche Benachteiligung von Roma, die in Europa auf 8 Mio. geschätzt werden, zu vermindern (European Network Sastipen 2007).

– HEM – Closing the Gap – Reducing Premature Mortality. Baseline for Monitoring Health Evolution Following Enlargement

  Das vom Onkologischen Zentrum in Warschau geleitete Projekt will für die neuen Beitrittsländer den Wissens- und Informationenstand bzgl. Public Health verbessern und so dazu beitragen, gesundheitliche Lücken zwischen Ost und West zu schließen.

Um die Koordination zwischen den Mitgliedsstaaten bezüglich sozialer Determinanten bzw. sozialer Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit zu gewährleisten, hat die Kommission eine ‚EU-Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities‘ mit Vertretern aus den EU-Mitgliedsstaaten einberufen. Die Aufgaben der Expertengruppe umfassen: Austausch von Informationen und guter Praxis zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten, Anbindung relevanter politischer Strategien, Bewertung von Evidenz, Forschungsbedarf und Politikmaßnahmen; Stellungnahmen zum europäischen Public Health Programm.

A 2-2.2 Europapolitik

Ein gemeinsamer Markt mit 450 Millionen Menschen kann durch vermehrte Mobilität, ein höheres Wirtschaftswachstum, niedrigere Preise, neue Beschäftigungschancen und einen höheren allgemeinen Lebensstandard zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. Umgekehrt kann hierdurch die gesundheitliche Schere noch weiter auseinander klaffen. Dann nämlich, wenn Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen von den Vorteilen dieses Marktes (etwa dem Zugang zu Waren und Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen) weniger profitieren oder durch marktbedingte Preissteigerungen oder Zugangsbeschränkungen von bestimmten Dienst- und Versorgungsleistungen (Gas, Strom, Wasser) abgekoppelt werden. Auch die Harmonisierung der Zollsätze oder die Vereinheitlichung technischer und regulierungsbehördlicher Standards können sich sowohl positiv als auch negativ auf gesundheitliche Ungleichheiten auswirken. In einzelnen EU-Mitgliedsstaaten haben EU-Verordnungen zur Anpassung an EU-Standards geführt. In anderen Ländern hingegen, waren die durch die EU-Verordnungen festgeschriebenen Standards niedriger als die bisherigen nationalen Standards, so hat z. B. in Schweden die Preispolitik der EU zu einer Aufweichung der bisherigen Alkoholpräventionsstrategie geführt.

Die Regional- bzw. ‚Kohäsionspolitik‘ der EU zählt zu den vielleicht wichtigsten Bereichen, in denen die EU ihre Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten unterstützen kann. Rund ein Drittel des gesamten EU-Haushalts fließt in diesen Bereich der Kohäsionspolitik. Sie verfolgt das Ziel, wirtschaftliche und strukturelle Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten durch einen Ressourcentransfer zu verringern und durch die Investition in Menschen und Infrastrukturen wirtschaftliches Wachstum und eine nachhaltige Entwicklung zu ermöglichen. Die Mittel können genutzt werden, um die Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern, z. B. durch Investitionen in der Wasserversorgung, in die Hygienebedingungen oder in das Gesundheitswesen. Darüber hinaus können durch Maßnahmen im Bereich Verkehr, Bildung oder Technologie neue Chancen am Arbeitsmarkt geschaffen werden. Dies sind zentrale Investitionshilfen, die sich positiv auf die Lebensbedingungen und damit auf den Gesundheitszustand von Menschen in benachteiligten Regionen auswirken können und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

A2-2.3 Strategien der WHO

Im Rahmen von ‚Gesundheit 21‘ haben sich seit 1980 die 51 Mitgliedsländer der Europäischen Region der WHO – trotz ihrer unterschiedlichen Situation – auf ein gemeinsames Rahmenkonzept für die gesundheitliche Entwicklung geeinigt. Das Rahmenkonzept setzt klare Ziele und beschreibt Strategien, die als Orientierungshilfe bei der

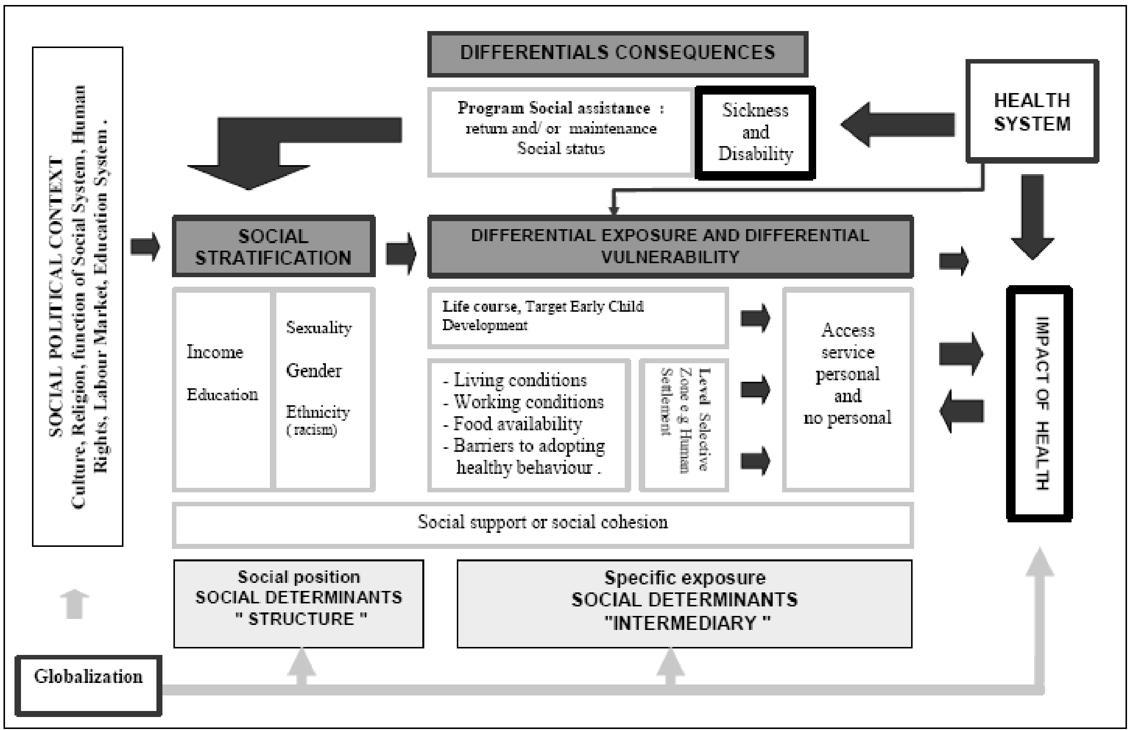
Umsetzung der nationalen gesundheitspolitischen Konzepte in praktische Programme auf der lokalen Ebene dienen können. Die vom WHO-Regionalkommitee für Europa im September 1998 gebilligte umfassende Aktualisierung dieses Rahmenkonzepts ist das Ergebnis eingehender wissenschaftlicher Analysen und Beratungen mit allen Mitgliedstaaten sowie zahlreichen wichtigen Organisationen in der Region und gibt die in der Agenda bis 2005 geplante Revision vor. Das konstante oberste Ziel der Gesundheit 21 ist, für alle Menschen in der Region das volle gesundheitliche Potential zu erreichen – und zwar durch die Verfolgung von zwei Hauptzielen: Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne sowie Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden. Drei Grundwerte bilden hier die ethische Grundlage: Gesundheit als fundamentales Menschenrecht, gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität sowie Partizipation und Rechenschaftspflicht in der gesundheitlichen Entwicklung.

Mit der im Mai 2005 gegründeten WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) unterstützt die WHO Länder und globale Gesundheitsakteure dabei, gesundheitliche Ungleichheiten in den Blickpunkt zu nehmen und dabei den sozialen Determinanten von Gesundheit besondere Aufmerksamkeit zu schenken: Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeitsplätze, Wohnumfeld, Globalisierung und Zugang zum Gesundheitssystem sind prioritäre Themen.

Die folgende, von der CSDH erstellte Abbildung (s. Abbildung A 1) verdeutlicht die Komplexität von möglichen Lösungsansätzen, bzw. von Interventionen und Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten. Diese beinhalten eine Veränderung des gesellschaftlichen und politischen Kontextes (Kultur, Sozialsystem, Arbeitsmarkt, Bildungswesen) unter Berücksichtigung der Entwicklungen, die durch Globalisierung bedingt sind. Sie beinhalten weiterhin eine Verbesserung der individuellen sozioökonomischen Situation bzw. Maßnahmen, dass soziodemographische Merkmale wie Geschlecht oder Migrationshintergrund keine Benachteiligung darstellen (*social stratification*). Im Sinne der Hypothese der sozialen Verursachung soll Sorge dafür getragen werden, dass sozial Benachteiligte nicht übermäßig nachteiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen exponiert (*differential exposure*) sind bzw. dass eine übermäßige Verwundbarkeit (*differential vulnerability*) gegenüber diesen Bedingungen kompensiert wird. Wichtig ist, den gesamten Lebenslauf mit seinen sensiblen und kritischen Perioden zu betrachten

Abbildung A 1

Konzeptuelles Rahmenwerk für die CSDH



Quelle: WHO Commission on Social determinants of Health 2005[278]

[278] Basiert auf: Mackenbach/Bakker 2002: Reducing Inequalities in Health – A European Perspective; Stronks (2002b) Generating evidence on interventions to reduce inequalities in Health: the Dutch case. Scand J Public Health 30 Suppl 59.

und in Interventionen auf entsprechende Altersgruppen zu fokussieren. Im Sinne der Selektions-Hypothese sollen Interventionen kompensieren, dass dauerhafte Krankheit oder Behinderung zu sozialer Abwärtsmobilität führen. Eine besondere Rolle nimmt hier das Gesundheitswesen ein, wobei jedoch darauf zu achten ist, dass nicht alle Mitglieder der Gesellschaft gleichermaßen davon profitieren (*differential consequences*).

Die 20 Mitglieder der Kommission sind hervorragende Experten in Wissenschaft, Public Health, Gesundheitspolitik und sozialem Wandel. Diese Experten arbeiten in neuen globalen Wissens-Netzwerken (*Knowledge networks*) mit insgesamt 300 Personen aus Politik, Wissenschaft, Interessengruppen, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sowie Vertretern internationaler Organisationen zusammen. Ein wichtiges Ziel der Kommission ist es, ein kontextbasiertes Verständnis lokaler Ansätze in der Gesundheitspolitik zu verankern sowie Lernergebnisse aus intersektoralen und partizipativen Ansätzen zu identifizieren und zu vermitteln. Das Sekretariat der CSDH ist in der WHO Abteilung für Gerechtigkeit, Armut und soziale Determinanten angesiedelt (WHO 2007).

A 2-3 Kategorisierung von Strategieansätzen in europäischen Mitgliedsstaaten

Zusätzlich zu den übergeordneten Strategien der Europäischen Regionen bestehen Initiativen in den jeweiligen Mitgliedsländern. Einige ausgewählte werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Bevor diese Strategien vorstellt werden, soll zunächst eine begriffliche Klärung vorgenommen werden. Was hat man unter einer ‚Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten‘ zu verstehen? Einige Länder haben breit angelegte politische Aktivitäten, die ausdrücklich auf die Verminderung spezifischer ungleichheitsbezogener Determinanten abzielen. Andere Länder haben die Thematik gesundheitlicher Ungleichheiten in ihrer bevölkerungsbezogenen Public Health Strategie unter anderem berücksichtigt. Wieder andere Länder nehmen keinen ausdrücklichen Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten, obwohl diese im Rahmen von Wohlfahrtsmaßnahmen (Umverteilung oder Beeinflussung ungleichheitsbezogener Determinanten) beeinflusst werden. Zur Beurteilung, ob eine Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten vorliegt, ist es relevant, ob Gesundheitsressourcen (z. B. Einkommen, Bildung) in irgendeiner Form umverteilt werden, und weniger, wie diese Umverteilung etikettiert ist (Judge et al. 2006).

Es wurde auch der Versuch unternommen, einige ausgewählte europäische Länder bezüglich ihrer Aktivitäten zeitlich zu sortieren. Es zeigt sich, dass England, gefolgt von den Niederlanden in den achtziger Jahren das erste Land war, das sich der Thematik gestellt hat. Es werden verschiedene Aktionen unterschieden:

– hochrangiger regierungsunabhängiger Bericht mit Handlungsempfehlungen,
– nationales Forschungsprogramm,
– Bericht einer regierungsberatenden Kommission,
– Regierungsdokument (Mackenbach/Bakker 2003).

In Bezug auf den letzten Punkt ergibt sich eine andere Reihenfolge: Zwar konnte England schon 1980 den Bericht (Black Report) einer regierungsberatenden Kommission vorweisen, reagierte aber erst im Jahr 2001 mit einem nationalen Regierungsdokument (Department of Health 2001). Andere nationale Regierungen reagierten früher: In den Niederlanden wurde 1995 ein regierungsgestütztes Forschungsprogramm aufgelegt (Ministry of Public Health 1995); in Schweden wurde in den neunziger Jahren mit Regierungsinitiativen auf die Diskussion um gesundheitliche Ungleichheiten reagiert, hier ist die Gründung des National Institute of Public Health in 1992 zu nennen.

Auch bei einem weiteren Versuch einer Systematisierung der nationalen Aktivitäten zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten wurden verschiedene Phasen im Umgang der Regierungen mit diesem Thema konstatiert – beginnend mit ihrer empirischen Messung über Anerkennung und Bewusstsein bzw. Leugnung und Gleichgültigkeit, Betroffenheit, Handlungsabsicht, Einzelinitiativen, strukturierte Entwicklungen bis hin zu Durchführung konzertierter politischer Maßnahmen zu ihrer Reduzierung (Whitehead 1998).

Diese Systematisierungsversuche zeigen, dass es kein Einheitsrezept für eine erfolgreiche gesundheitspolitische Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten gibt. Unterschiedliche Länder mit jeweiligen Zuständigkeiten befinden sich in ganz verschiedenen Phasen der Bereitschaft und Aktion. Beim kritischen Vergleich nationaler Politikstrategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten sollte die Ausgangssituation im jeweiligen Land betrachtet werden, wie Bevölkerungsdichte und Gesundheitzustand, Wohlstand und Ausgaben für Gesundheit, Wohlfahrt und Einkommensungleichheit. Auch die WHO Commission of Social Determinants of Health betont die politischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontextfaktoren der Staaten bei der Bewertung unterschiedlicher Strategien. Schwerpunkte und Inhalte variieren mit den Besonderheiten der einzelnen Länder.

Die für die von uns vorgenomme Kategorisierung von Strategieansätzen notwendigen Daten wurden in 20 europäischen Ländern im Rahmen des EU Projektes ‚Closing the Gap‘ erhoben. In jeweiligen Expertengruppen wurden Informationen zu relevanten politischen Dokumenten, Akteuren und Instrumenten gesammelt. Diese Daten stehen in Form von Länderprofilen im Portal des EU-Projektes zur Verfügung (BZgA/EuroHealthNet 2007). Die Daten sind ferner in einen von der EU Ratspräsidentschaft (2005) des Vereinigten Königreiches beauftragten Bericht eingeflossen (Judge et al. 2006). Dieser systematisiert u. a. nach folgenden Aspekten, die im Folgenden mit Abbildungen illustriert sind.[279]

1. Ziele gesundheitspolitischer Strategien,

[279] Auch Judge et al. (2006) führen eine Reihe von Kontextvariablen auf. Sie erachten die Indikatoren sozialer Kohäsion für wichtig, wie Anteil der Personen mit niedriger Bildung, Kinder arbeitsloser Eltern, Langzeitarbeitslosigkeit, Einkommensungleichheit sowie Armut vor und nach Einkommenstransfer.

2. Berücksichtigung des gesamtgesellschaftlichen Gradienten und

3. Unterschiede hinsichtlich der Intersektoralität von Strategien.

Erstens bestehen Unterschiede, wie Ziele, gesundheitliche Gerechtigkeit herzustellen, in nationalpolitischen Dokumenten zum Ausdruck gebracht sind:

– Es gibt Länder, die keine ausdrücklichen Ziele oder Grundsätze zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten angeben; dies ist jedoch die Minderheit, wie die unten stehende Abbildung zeigt;

– es gibt Länder mit ausdrücklichen Zielen oder Grundsätzen im Bereich der Förderung gesundheitlicher Gleichheit, welche in nationalen Politikdokumenten verankert sind (knapp die Hälfte), und

– es gibt Länder, bei denen diese Ziele quantitativ formuliert sind. Diese Länder haben spezifische Aspekte im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten priorisiert und festgelegt, um wie viel sich diese bis zu einem bestimmten Zeitpunkt verbessert haben sollen (ebenfalls knapp die Hälfte) (s. Abbildung A 2).

Zweitens gibt es Unterschiede, inwiefern der gesamtgesellschaftliche Gradient von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt ist:

– Einige Länder konzentrieren sich in ihrer Strategie zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten lediglich auf die benachteiligten Bevölkerungsgruppen und verfolgen keine bevölkerungsweiten Strategien. Sie erkennen damit die Verletzlichkeit dieser Gruppen an, ohne auf die bestehende Kluft zwischen Bevölkerungsgruppen von unterschiedlichem sozioökonomischen Status einzugehen,

– andere Länder wollen bei der strategischen Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten die Kluft zwischen besser und schlechter gestellten Teilen der Bevölkerung verringern,

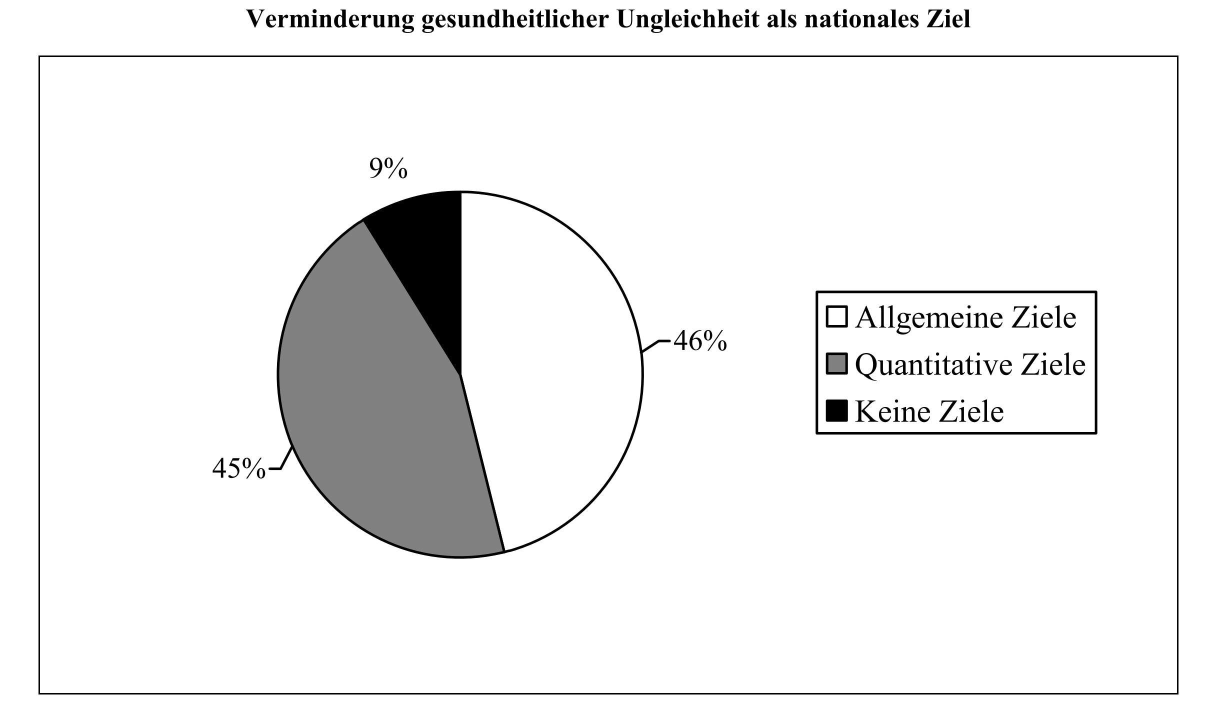
– einige wenige Länder berücksichtigen in ihrer Strategie zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten den Risikogradienten innerhalb der Bevölkerung (s. Abbildung A 3).

Drittens gibt es Unterschiede hinsichtlich der Intersektoralität bei der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten. Etwa die Hälfte der Länder gab an, dass die Beeinflussung und Koordination von Maßnahmen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten auf eine Vielzahl von Ressorts in unterschiedlichen Ministerien verteilt ist und dass diese Stellen auf verschiedene Art und Weise zusammenarbeiten (Abbildung A 4).

Die Auswahl der im vorliegenden Bericht dargestellten nationalen Strategien erfolgte nach folgenden Kriterien: Erstens sollten die Länder eine ausreichende Ähnlichkeit zu Deutschland aufweisen, zweitens sollten Länder dargestellt werden, die Impulse für die Weiterentwicklung der Arbeit in Deutschland bieten können – es sind dies England, Schweden und die Niederlande.

Abbildung A 2

Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit als nationales Ziel

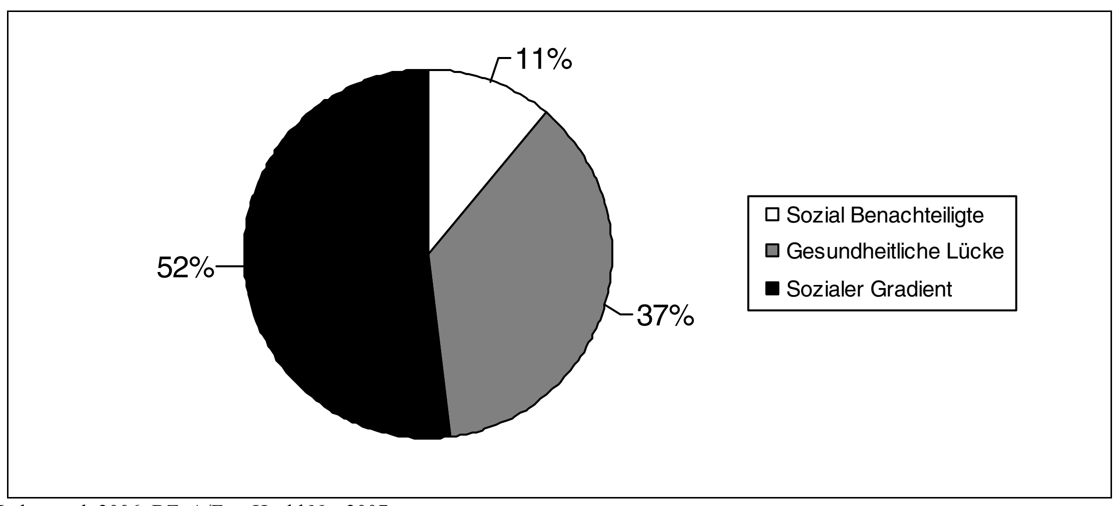


Quelle: Judge et al. 2006; BZgA/EuroHealthNet 2007

Abbildung A 3



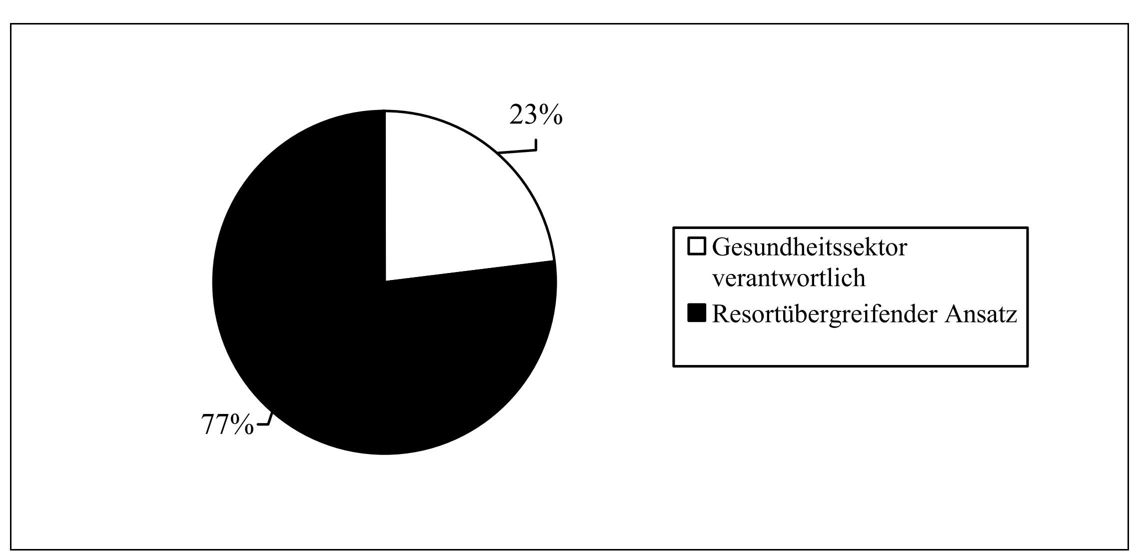
Berücksichtigung des sozialen Gradienten



Quelle: Judge et al. 2006; BZgA/EuroHealthNet 2007

Abbildung A 4

Ressortübergreifende Programme zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten in ausgewählten EU Mitgliedsstaaten



Quelle: Judge et al. 2006; BZgA/EuroHealthNet 2007

A2-4 Beschreibung der Programme in ausgewählten EU Mitgliedsstaaten

A2-4.1 England

England ist ein liberaler Wohlfahrtsstaat mit einer vergleichsweise stark ausgeprägten sozialen Ungleichheit. Obwohl die Lebenserwartung in Großbritannien kontinuierlich gestiegen ist, vergrößern sich gesundheitliche Disparitäten zwischen den sozialen Gruppen (Mackenbach 2006; HJS 2006). Im Unterschied zu Deutschland gibt es keine gesetzliche Krankenversicherung, der National Health Service (NHS) wird überwiegend aus Steuermitteln finanziert. Die Inanspruchnahme des NHS ist in der Regel kostenlos, allerdings werden Zuzahlungen verlangt. Der NHS ist in der Zwischenzeit mehrfach reformiert worden. Nach wie vor wird das Prinzip der Gleichheit in der medizinischen Betreuung der Menschen hochgehalten, allerdings gibt es erhebliche Mängel in der Versorgung.

A2-4.1.1 Politische Maßnahmen

Das Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten wird in Großbritannien bereits seit längerem erforscht und dokumentiert. Der sogenannte Black Report, 1980 veröffentlicht, war der erste umfassende Bericht, der die Korrelation zwischen Armut und Gesundheit beschrieben hat. Dieser Bericht, der insbesondere die Ursachen für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit außerhalb des Gesundheitssystems verortet (Einkommen, Beschäftigung, Umwelt, Erziehung, Wohnen, Transport, Lebensstile), empfiehlt Verbesserungen in der Gesundheitsinformation, Forschung und Organisation, die Stärkung der Prävention, Primärversorgung und gemeinwesenbasierten Dienste, die materielle Verbesserung der ärmern Gruppen, insbesondere der Mütter und Kinder sowie behinderter Menschen. Dieser Bericht ist ein ‚bahnbrechendes' Dokument, da zum ersten Mal umfassend der Zusammenhang von Armut und Gesundheit beschrieben wurde.

Nach 1997 wurde ‚soziale Gerechtigkeit' ein Schlüsselthema politischen Engagements in Großbritannien, und zwar mit dem Schwerpunkt der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten. Im Zuge der Reformbemühungen der Regierung wurde seit 1997 als zentrales nationales Ziel die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten bei sozial benachteiligten Menschen formuliert.

Sir Donald Acheson legte als Leiter einer unabhängigen Kommission 1998 den Bericht ‚Independent Inquiry into Health Inequality' vor. Dieser Bericht identifizierte Schlüsselaktivitäten, die für die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten wesentlich sind:

- Alle Politiken, die einen Einfluss auf Gesundheit haben könnten, sollten auf ihre Auswirkungen auf sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten untersucht werden;
- hohe Priorität soll der Gesundheit von Familien und Kindern gegeben werden;
- weitere Schritte zur Reduzierung von Einkommensunterschieden sowie zur Verbesserung des Lebensstandards von armen Haushalten sollten unternommen werden.

Der Bericht hebt in seinen Empfehlungen auf Bereiche ab wie Transport (Unfallprävention), Ernährung, Schule, Erziehung (*Sure Start*), Sexuelle Gesundheit und HIV/AIDS, Präventionsstrategien, Reduzierung der Teenager-Schwangerschaften, Förderung des Nichtrauchens. 1998 wurde entsprechend das Programm ‚*Smoking Kills*' aufgelegt sowie ähnlich strukturierte Programme zu Drogenprävention, Reduzierung von Teenager-Schwangerschaften, Förderung der sexuellen Gesundheit und HIV/AIDS Prävention.

Mit ‚Saving Lives: Our Healthier Nation' folgte 1999 ein umfassendes gesundheitspolitisches Regierungsprogramm, das explizit die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten als Hauptziel formulierte:

- *„To improve the health of the population as a whole by increasing the length of people's lives and the number of years people spend free from illnesses,*
- *to improve the health of the worst off in society and to narrow the health gap." (Department of Health 1999).*

Außerdem wurden vier prioritäre Bereiche mit quantifizierten Zielen, die zum Jahr 2010 erreicht werden sollen, festgelegt, und zwar in den Bereichen Herz-Kreislauferkrankungen, Unfälle, Krebs und psychische Gesundheit (*main killers*) (Department of Health 1999).

Als zentrale Strategie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten wurden 26 *Health Action Zones* (HAZ) benannt, in denen besonders benachteiligte Gruppen leben. Für die am stärksten benachteiligten Gebiete mit dem niedrigsten Gesundheitsniveau in Innenstädten, ländlichen Gebieten und ehemalige Bergbaugemeinden wurden zielgerichtet Mittel bereitgestellt, die zur Zusammenarbeit mit dem NHS, lokalen Regierungen, der örtlichen Industrie und Freien Trägern ermutigen sollten, den Gesundheitszustand benachteiligter Bevölkerungsschichten zu verbessern. Gesundheitsförderung wurde als Schlüsselstrategie zur Bekämpfung von Ungleichheiten, insbesondere in den *Health Action Zones* angesehen. Die Health Development Agency (HDA) wurde als Nachfolgebehörde der Health Education Authority installiert, die wiederum für die HAZ steuernde Funktionen übernahm. Das Projekt ‚*Having a Say*' ist ein ausgewiesenes Good Practice Projekt im Zusammenhang mit HAZ. Es ist dem Compendium 'Tackling Health Inequalities' zu entnehmen (Health Development Agency 2003).

Einschätzung der Health Action Zones

Die HAZ sind in die Primary Care Trusts (PCTs) inkorporiert worden. Nach der Evaluierung der Zonen in 2004 hatte sich herausgestellt, dass dieses Konzept nicht die gewünschten Effekte erbracht hatte. Die HAZ artikulierten, dass ihr Einfluss auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten minimal war und zwar aufgrund des begrenzten Zeitrahmens und der mangelhaften personel-

Exkurs: Praxisbeispiel ‚Was zu sagen haben'

Das Englische Lambeth, eine Health Action Zone, ist durch hohe soziale Deprivation, einen überdurchschnittlichen Populationsanteil junger Leute und eine hohe Anzahl an Teenager-Schwangerschaften gekennzeichnet. Das Projekt ‚Having Your Say!' hatte zum Ziel, Jugendliche zwischen 9 und 18 Jahren zu animieren, die öffentlichen Dienste zu nutzen bzw. zu beeinflussen. Auf dem Sportgelände gab es einen von Jugendlichen organisierten Tag mit Workshops und Veranstaltungen, der dazu diente herauszufinden, wie die Bedürfnisse der jungen Leuten sind und wie sie in die Planung und Entwicklung öffentlicher Angebote einbezogen werden können. Die sich daraus ergebende Planung von Aktivitäten und Maßnahmen erfolgte in engem Austausch mit den erwachsenen Professionellen. Noch vier Jahre später erfolgten Rückmeldungen der Zielgruppen, und das Projekt erhielt zweimal nationale Preise. Zu den Lernerfahrungen im Projekt gehören: Erwachsene müssen ehrlich mit jungen Leuten umgehen; Verantwortung kann an Kinder und Jugendliche delegiert werden – sie genießen es und werden bestärkt; Arbeit muss aufsuchend konzipiert sein – man kann nicht erwarten, dass die Zielgruppe von selber kommt. Das Projekt wurde durch die Health Action Zones mit 7 500 GPB unterstützt. (Health Development Agency 2003)

len und finanziellen Ausstattung. Einige konnten zwar positiv berichten, mehr Gesundheitsbewusstsein bei der Bevölkerung oder Aufmerksamkeit für das Problem bei den mitagierenden Partnerorganisationen vor Ort erreicht zu haben, aber es gab zahlreiche Faktoren, die die Arbeit maßgeblich behindert hatten (Unverständnis dem Thema gegenüber, problematische Arbeitsmarktentwicklungen vor Ort, ständige Umstrukturierungen in den Organisationen etc.) (Benzeval 2003).

Kritisch muss hier gesehen werden, dass dieses Regierungsprogramm sehr vage in der Beschreibung konkreter Maßnahmen blieb. Die Analyse kann als gut bewertet werden, aber es fehlten Pläne zur Umsetzung (Wanless 2002).

Aktuelle Strategien

Die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten ist auch ein zentrales Thema zum jetzigen Zeitpunkt. Die aktuelle Regierung hat in 2003 ein umfassendes integriertes Aktionsprogramm vorgelegt und 2005 fortgeschrieben (Department of Health 2005). Auch das White Paper: ‚*Choosing health – making healthy choices easier*' bezieht sich ausdrücklich auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten (Department of Health 2004). Dieses Programm ist von 11 weiteren Ministerien unterzeichnet worden (Public Service Agreement – PSA).

Mit dem Programm wurden folgende Hauptzielbereiche formuliert:

1. *„Starting with children under one year, by 2010 to reduce by at least 10 per cent the gap in mortality between routine and manual groups and the population as a whole.*
2. *Starting with local authorities, by 2010 to reduce by at least 10 per cent the gap between the fifth of areas with the lowest life expectancy at birth and the population as a whole."* (Department of Health 2007)

Strategie der ‚Spearhead Groups'

Nach aktuellen Daten des Department of Health gibt es inzwischen Anzeichen, dass in einigen der ärmsten Gemeinden Englands Maßnahmen auf lokaler Ebene erfolgreich die Schere in der Lebenserwartung zu schließen beginnen. Diese Gemeinden sind Teil der sogenannten ‚Vorkämpfergruppen (*Spearhead groups*)' die sich aus 70 lokalen Behörden und 62 *Primary Care Trusts* (s. o.) zusammensetzt. Die Auswahl dieser Ortschaften wurde auf der Basis der Lebenserwartung, Mortalität bei Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen und einem Deprivationsindex ausgewählt.

Es gibt keine separaten regionalen Ziele, alle Regionen sind aufgefordert, Aktionspläne zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu entwickeln. Zur Beobachtung der nationalen Ziele wurde ein Indikatorenbündel mit 12 Indikatorenbereichen entwickelt (HJS 2006):

1. Signifikante Verminderung der Sterberaten bei Krebs- und Herzerkrankungen
2. Verringerung der Teenagerschwangerschaften
3. Reduzierung der Straßenunfälle
4. Erhöhung des medizinischen und Pflegepersonals (*Primary Care Services*)
5. Förderung der Beteiligung an Grippeimpfungen
6. Förderung des Nichtrauchens
7. Verbesserung der Bildungsabschlüsse
8. Erhöhung des Gemüse- und Obstverzehrs
9. Verbesserung des Wohnens
10. Förderung des Schulsports
11. Verringerung der Kinderarmut
12. Verringerung der Zahl wohnungsloser Familien

Analog zu diesen Indikatoren arbeiten die *Spearhead groups* in folgende Zielbereichen:

– Implementierung effektiver Interventionen (Entwicklung von Leitlinien/Beratung durch NICE bis 2008),
– Reduzierung der Schere in der Lebenserwartung (in den Spearhead Gruppen soll sich die Lebenserwartung dem Durchschnitt in England nähern),

– Bekämpfung des Rauchens (ein nationales Rahmenprogramm zur Reduzierung chronischer obstruktiver Lungenerkrankungen wird entwickelt),
– Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes,
– Verbesserung der Krebsfrüherkennung,
– Nutzung von Gesundheitstrainern (Beratung, Informationen über Gesundheitsdienste, Unterstützung von Menschen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zutragen),
– Erhöhung des positiven Gefühls für die eigene Gesundheit in der Bevölkerung in besonders deprivierten Gemeinden, Vermittlung eines positiveren Lebensgefühls.

Bisherige Erfahrungen belegen, dass 20 % dieser Spearheads bereits auf dem Weg sind, das Ziel bzgl. einer Egalisierung der Lebenserwartung bis zum Jahr 2010 zu erreichen (HJS 2006). Das Programm wird koordiniert von der *Health Inequalities Unit* des Department of Health. Die Aufgabe dieser *Unit* besteht darin, die verschiedenen Organisationen und Körperschaften zu koordinieren und darauf zu achten, dass Aspekte gesundheitlicher Ungleichheiten in ihren Arbeiten berücksichtigt werden. Darüber hinaus gibt es auf der weiteren Regierungsebene (*Chief Medical Officer*) Arbeitsgruppen, die sich mit der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten befassen (*cross-government board*). Außerdem sind beim stellvertretenden Premierminister die *Social Exclusion Unit* angesiedelt mit ihrem Fokus auf vulnerable, deprivierte und ausgegrenzte Gruppen sowie das Nachbarschafterneuerungsprogramm (*Neighbourhood Renewal Unit*).

A2-4.1.2 Bewertung

Das Thema der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten genießt in England prinzipiell starke Unterstützung auf politischer Seite. Allerdings besteht darin gleichzeitig auch eine Gefährdung von Maßnahmen, die langfristigere Zeitrahmen benötigen, um wirken zu können – auch über Regierungsperioden hinaus. Es ist notwendig, zwischen mittel- und langfristig wirkenden Strategien und Maßnahmen zu unterscheiden und auf kurzfristig zu erzielende Effekte am besten zu verzichten, da sie nicht nachhaltig sein können (Wanless 2002). Interventionen sollten mit quantifizierten Zielen in Abständen von drei und sieben Jahren evaluiert werden. Die Entwicklung von Evidenzbasierung im Bereich Public Health sollte stärker vorangetrieben werden sowie die Forschung der Effektivität von aktuellen Aktivitäten. Darüber hinaus sollten gesundheitliche Aufklärung/Gesundheitsinformationen für die Bevölkerung möglichst zentral zugänglich, verlässlich und neutral sein. Nach so vielen Jahren der Diskussion mit wenig Änderung an der Basis besteht die Hauptanforderung der britischen Politik in der Umsetzung und Durchführung konkreter Maßnahmen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass kontinuierlich Strategien und Theorien produziert wurden, die in der Praxis bislang jedoch nicht gegriffen haben. Prinzipiell ist ein reiches Instrumentarium geschaffen worden, was jetzt in Ruhe zum Einsatz kommen sollte, um dann eventuell zum Erfolg zu führen. Ein Problem besteht sicherlich darin, das permanent institutionelle Umstrukturierungen stattgefunden haben, z. B. die nahezu völlige Eliminierung der *Health Education Authority.* Auch die Integration der *Health Development Agency*, die das Programm der HAZ koordinieren sollte, in das NICE ist zu rasch erfolgt, um wichtige Prozesse weiterzuentwickeln.

Allerdings muss man sich die starken sozialen und wirtschaftlichen Probleme einzelner Regionen genauer ansehen, um dann beurteilen zu können, wie problematisch die Lebensumstände der Menschen dort sind. Auch könnte die finanzielle, institutionelle und personelle Ausstattung des NHS eine besondere Rolle spielen, warum Strategien nicht greifen. Es müsste auch genauer geprüft werden, warum lokale Maßnahmen nicht greifen, möglicherweise existieren zu starke Vorbehalte gegenüber zentralen Maßnahmen, die nicht partizipativ und kooperativ entwickelt und umgesetzt werden. Mündliche Einschätzungen bezüglich des Scheiterns der HAZ lassen dies vermuten, obwohl das Partnerschaftsprinzip wichtiger Bestandteil der britischen Gesundheitspolitik ist. Von daher könnte das jetzige Konzept der *Spearhead Groups*, die direkt Teil des örtlichen NHS sind, erfolgreicher sein.

A2-4.2 Schweden

Schweden gilt als sozialdemokratisches Musterland mit klassischem Wohlfahrtsstaat, gekennzeichnet durch Umverteilung, Universalismus und Dekommodifizierung und weist eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit auf. Trotzdem werden gesundheitliche Ungleichheiten auch in Schweden verzeichnet (Mackenbach 2006).

A2-4.1.1 Politische Maßnahmen

Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten stand das Thema gesundheitlicher Ungleichheiten in Schweden recht früh ‚auf der Tagesordnung'. In den achtziger Jahren bestand zunehmende Besorgnis über Ungerechtigkeiten in den individuellen gesundheitlichen Perspektiven und über die Kompetenzen des Gesundheitssystems, diese Ungerechtigkeiten zu beseitigen. In den neunziger Jahren wurde die Thematik institutionalisiert, wobei Organisationen auf nationaler (National Institute of Public Health), Bezirks- und Gemeindeebene einbezogen wurden; 1997 wurde ein umfassendes Forschungsprogramm zu gesundheitlichen Ungleichheiten lanciert. Ein Meilenstein auf dem Weg zu einer Regierungsstrategie war die Public Health Kommission, welche zwischen 1997 und 2001 vom Ministerium für Gesundheit und Soziales beauftragt wurde. Der Zweck dieser Kommission war, nationale Gesundheitsziele zur Orientierung der Gesundheitspolitik und anderer Politikbereiche, bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention vorzuschlagen. Die Ziele sollten insbesondere zur Verminderung sozial-, geschlechts-, migrations- und geographisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit beitragen. Sie sollten wissenschaftlich fundiert sein und einen gesamtgesellschaftlichen Prozess stimulieren, gesundheitspolitische Fragen zu diskutieren. Die Kommission

bestand aus Vertretern aller politischen Parteien, Wissenschaftlern, Vertretern nationaler Behörden, Universitäten, Gewerkschaften und Nichtregierungsorganisationen. Nach Aussage der Kommission wurden nationale Gesundheitsziele in einem dreistufigen Prozess aufgestellt: In einem ersten Schritt wurden Gesundheitsentwicklungen analysiert und Verantwortlichkeiten definiert; im zweiten Schritt wurden gesundheitliche Trends und Herausforderungen beschrieben; im dritten Schritt wurden Ziele definiert (Östlin/Diderichsen 2000). Eine begleitende Expertengruppe beurteilte Kosten und Nutzen der Umsetzung dieser Ziele. Im Jahr 2000 legte die Kommission den Bericht ‚*Health on Equal Terms*‘ der Regierung vor. Dieser Bericht formuliert 18 Ziele der Gesundheitspolitik zu sechs Themenbereichen. Die Regierung konzentrierte sich im weiteren Verlauf auf diejenigen Bereiche, die sie für gut umsetzbar hielt und verfasste ein Regierungspapier mit 11 Zieldomänen und drei Themenbereichen.

Im Jahre 2003 verabschiedete die schwedische Regierung dann das neue Public Health Gesetz (Ministry of Health and Social Affairs 2002). Dieses Gesetz hat ausdrücklich zum Ziel, soziale Bedingungen zu schaffen, die gute Gesundheit für alle Bürger gleichermaßen sicherstellen. Ungleichheitsaspekte beziehen sich auf Geschlecht, Alter und sozialen Status (Agren 2003). Das strategische Vorgehen zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass anstatt Krankheiten die sozialen Determinanten von Gesundheit im Blickpunkt stehen, d. h. Faktoren der Gesellschaftsorganisation, der Wohnbedingungen und Lebensstile, die für Gesundheit oder Krankheit verantwortlich sind. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass die Verantwortlichkeiten außerhalb des Gesundheitswesens deutlich gemacht werden, z. B. bei der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik und Schwerpunkte auf intersektorale und gesamtgesellschaftliche Initiativen und Entscheidungen gelegt wurden.

Das Gesetz umfasst 11 Zielbereiche zu drei Themenbereichen. Außerdem wurden Indikatoren eingeführt, die dazu dienen, Zielbereiche zu beschreiben sowie Evidenzen aufzuzeigen.

Tabelle A 1

Ziele und Indikatoren der schwedischen Public Health-Politik

11 Zielbereiche	3 Themenbereiche	38 Indikatoren
1. Partizipation und Einfluss in der Gesellschaft	1. Sozialstruktur und Lebensbedingungen	1. Wahlbeteiligung 2. Geschlechtergerechtigkeit 3. Beschäftigungsgrad (Messung auf kommunaler Ebene)
2. Wirtschaftliche und soziale Absicherung		4. Einkommensungleichheit (Gini Koeffizient) 5. Armut (< 50 % des mittleren Einkommens) bei kinderreichen Familien, Rentnern, Kranken und Behinderten 6. Krankheitsindex (Krankengeld, Frühberentung) 7. Arbeitslosenquote (kommunal)
3. Günstige Lebensumstände in Kindheit und Jugend		8. Eltern-Kind-Beziehung 9. Ausbildung von Vorschul-Angestellten 10. Bildungsabschlüsse durch Grund- und weiterführende Schulen 11. Grad der Partizipation in der Schule durch Schüler 12. Behandlung der Schüler durch Lehrer, Erwachsene und Gleichaltrige (national)
4. Gesundes Arbeitsleben	2. Setting und Umwelt	13. Berufsbezogener Gesundheitszustand 14. Gefahrenindex 15. Berufsstressindex (regional)
5. Gesunde und sichere Umwelt und Produkte		16. Stickstoffdioxidgehalt in der Luft (kommunal) 17. Ausmaß chemischer Verunreinigung in Muttermilch (national) 18. Lärm exponierter Bevölkerungsanteil (kommunal) 19. Inzidenz tödlicher oder behandlungsbedürftiger Unfälle (kommunal)

noch Tabelle A 1

6. Gesundheitsfördernde Gesundheitsdienste		20. In Entwicklung
7. Schutz gegen ansteckende Krankheiten		21. Inzidenz meldepflichtiger Krankheiten (regional) 22. Jährlicher Follow Up der Impfabdekkung von Kindern (kommunal) 23. Jährlicher Follow Up der antimikrobiellen Resistenz (regional)
8. Sichere Sexualität und reproduktive Gesundheit	3. Lebensstile und Gesundheitsverhalten	24. Anzahl der Schwangerschaften und Abtreibungen unter 20 Jahren (kommunal) 25. Inzidenz von Chlamydia Infektionen 15–29 Jahre (regional)
9. Steigerung körperlicher Aktivität		26. Körperlich aktiver Bevölkerungsanteil (national) 27. Anteil Jugendlicher mit Pass Grade ‚Gesundheit und körperliche Aktivität' (national) 28. Zu Fuß gehender oder Fahrrad fahrender Bevölkerungsanteil (regional)
10. Gesundes Ernährungsverhalten und sichere Nahrungsmittel		29. Body Mass Index (regional) 30. Täglich 500 gr Obst und Gemüse verzehrender Bevölkerungsanteil (national) 31. Stillquote 4 und 6 Monate (kommunal) 32. Inzidenz von Nahrungsmittelinfektionen (kommunal)
11. Einschränkung von Tabak- und Alkoholverzehr, Drogen- und Spielsucht		33. Rauchen (kommunal) 34. Passivrauchen (regional) 35. Alkoholverzehr (kommunal) 36. Alkoholbedingte Mortalität (kommunal/national) 37. Drogenmissbrauch (regional) 38. Drogenbedingte Mortalität (kommunal/national) 39. Spielsucht (national)

Quelle: Ministry of Health and Social Affairs 2002

Die politische Verantwortung zur Umsetzung dieses Gesetzes ist zwischen verschiedenen Sektoren und Ebenen aufgeteilt (Landes-, Bezirks- und Kommunalregierung). Auf nationaler Ebene bieten das übergeordnete Ziel der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit und die 11 Zielbereiche für gesundheitsrelevante Regierungsbehörden Inspiration und Richtlinie bei der Entwicklung eigener Strategien. Wie die Akteure diese Ziele umsetzen, ist jedoch nicht vorgegeben. Die Regierung ermutigt, Gesundheitsaspekte in bestehenden Politiken zu integrieren, kann aber niemanden zwingen. Zur Aktivierung wurden jedoch verschiedene Regierungsbehörden aufgefordert, ihre Bemühungen bei der Umsetzung des Public Health Gesetzes zu beschreiben, so z. B. das staatliche Amt für Gesundheit und Wohlfahrt, die nationale Behörde für Bildung und das staatliche Amt für Wohnungsbauwesen. In ihren Berichten definieren die Behörden ihre Rolle hinsichtlich der Public Health Strategie und beschreiben, wie ihre eigenen Aktivitäten das Public Health Ziel beeinflussen. Ferner haben alle Provinzen einen Public Health Aktionsplan erstellt, oft in Kooperation mit den Gemeinden. Auf regionaler bzw. lokaler Ebene sind die Gemeinden verantwortlich dafür, Aktivitäten durchzuführen, die mehrere der o. g. Gesundheitsdeterminanten betreffen, z. B. Sozialdienste, Kinderbetreuung, Bauvorhaben etc. Hierbei wurden nicht unbedingt neue Projekte initiiert, sondern auch bestehende Maßnahmen in das neue Rahmenwerk integriert. Das im Folgenden aufgeführte Projekt zur Verhinderung von Kinderunfällen besteht schon seit 1997, als die Regierung ihre ‚Null-Vision' im Bereich von (Verkehrs-)Unfällen formulierte. Niemand sollte mehr durch Unfälle sterben oder lebensbedrohlich verletzt werden. Diese Vision ist in die neue Public Health Initiative einbezogen, obwohl sie keine gesundheits-, sondern eine verkehrspolitische Maßnahme war, und obwohl sie weit vor dem neuen Gesetz formuliert wurde.

Exkurs: Praxisbeispiel ‚Verminderung unfallbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten im Kindesalter durch umweltbezogene Maßnahmen'

Der soziale Gradient für Unfälle im Kindesalter findet sich in vielen Ländern, in Schweden ist er jedoch weniger stark ausgeprägt. Dies ist vermutlich das Ergebnis einer systematischen Unfallprävention, die bereits seit den fünfziger Jahren durchgeführt wird. Die Bemühungen beziehen sich weniger auf das individuelle Verhalten, sondern vielmehr auf die sichere Gestaltung der Umwelt. Bei der Schwedischen Strategie ‚Skadeprevention för barn' gehören dazu z. B. Gesetze, die spezifische Baumaßnahmen erfordern. Da sozial Benachteiligte ein erhöhtes Risiko haben, zu verunfallen, profitiert diese Zielgruppe besonders von der Intervention. Die Einführung umweltbezogener Maßnahmen zur Erhöhung der Kindersicherheit erfordert breite öffentliche Unterstützung, wobei zwei Aspekte zentral erscheinen. Erstens wurden wichtige Nichtregierungsorganisationen (z. B. Rotes Kreuz, Sichere-Kinder-Fonds) einbezogen, die das öffentliche Bewusstsein für die Vermeidbarkeit dieser Gefahren verstärkten. Zweitens wurde der Schwedische Kindergesundheitsdienst von Anfang an involviert, so dass ein sehr großer Teil der Eltern mit Informationen über Kindersicherheit versorgt werden konnte. Dabei wurde auch den Eltern eine aktive Rolle in der sicheren Umweltgestaltung zugesprochen (BZgA/EuroHealthNet 2007).

Bei der Implementierung des Programms hat das Nationale Institut für Public Health (SNIPH) eine zentrale Rolle: Seine Aufgabe ist die Begleitung und Beobachtung. Hierzu dient ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch. Außerdem wurde ein Statistikinstrument entwickelt, um die kommunale Gesundheitsberichterstattung zu verbessern. Im Rahmen eines *Public Health Policy Reports* soll das SNIPH alle vier Jahre Bericht erstatten. Der erste, im Jahre 2005 erschienene Bericht hatte die Funktion, die Gesundheitsdeterminanten und Zielbereiche einzuführen. Entlang der Zielbereiche und in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität spricht das SNIPH 42 Empfehlungen aus (Agren/Lundgren 2005).

A2-4.2.2 Bewertung

Eine sorgfältige Vorbereitung durch eine interdisziplinäre Public Health Kommission, die Verabschiedung eines nationalen Gesetzes (hierbei ist es wichtig, dass die nationale Regierung für Gesundheitsfragen zuständig ist) mit Berücksichtigung verschiedener sozialer Determinanten und eine verantwortliche Organisation zur Unterstützung und Beobachtung (SNIPH) sind die wesentlichen Bausteine der schwedischen Regierungsstrategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten. Eine Bewertung steht zurzeit noch aus. Es werden aber Aussagen getroffen, dass die neue Gesundheitspolitik geholfen habe,

– das Mandat für Public Health Aspekte lokal und regional zu stärken,

– dass Akteure anderer Gesellschaftsbereiche sich ihrer Rolle und Verantwortung für die öffentliche Gesundheit bewusst geworden seien,

– dass neben den sozialen Determinanten die Thematik sozialer Ungleichheiten von Gesundheit und Krankheit verstärkt auf der politischen Agenda verortet wurde und

– dass die Gerechtigkeitsperspektive stärker in den Mittelpunkt gerückt worden sei.

Dies ist eine wichtige Voraussetzung für intersektorale Interventionen (Moberg 2006, persönliche Kommunikation).

Im National Institute of Public Health ist man sich einig, dass eine große Herausforderung in Bezug auf die Evidenzbasierung besteht. Effektive Methoden müssen entwickelt, Akteuren zugänglich gemacht und evaluiert werden. Um eine bessere Wissensbasis zu schaffen, wurde das SNIPH mit einer Reihe systematischer Übersichtsarbeiten beauftragt. Die Arbeit hat jedoch gerade erst begonnen, so dass noch keine Ergebnisse vorliegen. Für die Entwicklung bedarfsgerechter Methoden erscheint die Einrichtung regionaler Public Health Zentren sinnvoll. Die größten Schwierigkeiten werden bei der Evaluation intersektoraler kommunaler Interventionen gesehen. Nicht zuletzt, weil Gesundheit von globalen Faktoren abhängt, weist das SNIPH auf seine skandinavischen, europäischen und weltweiten (WHO) Kooperationen hin.

Wie bei allen nationalen Strategien stellt sich die Frage, welche Entwicklungen sich in Zukunft ergeben. Eine Tatsache ist jedoch, dass im Rahmen eines Dezentralisierungsprozesses derzeit nationale Behörden in Außenbezirke Schwedens umgesiedelt werden, so auch das SNIPH. Der massive regionale und in Folge personale Umstrukturierungsprozess einer Behörde, die bei der Umsetzung einer neuen Public Health Strategie eine tragende Rolle hat, muss kritisch betrachtet werden.

A2-4.3 Niederlande

Die Niederlande sind als konservativer Sozialstaat einzuordnen, d. h. Sozialleistungen sind abhängig von geleisteten Beiträgen und damit von der Erwerbsarbeit (zu diesem Wohlfahrtstyp gehört auch Deutschland). Bei einer verhältnismäßig hohen Lebenserwartung von 77 Jahren für Männer und 81 Jahren für Frauen finden sich dennoch gesundheitliche Ungleichheiten (Mackenbach 2006).

A2-4.3.1 Politische Maßnahmen

Auch in den Niederlanden wurde die Thematik gesundheitlicher Ungleichheit verhältnismäßig früh berücksich-

tigt, wobei der Schwerpunkt darin bestand, eine solide Evidenzbasis zu schaffen. Im Jahre 1980 zeigte eine erste Studie, dass trotz des gut ausgebauten Sozialstaates und Gesundheitswesens gesundheitliche Ungleichheiten, in diesem Falle zwischen Wohnbezirken in Amsterdam, bestanden. Dies war bis zu den neunziger Jahren im Prinzip die einzige Evidenz gesundheitlicher Ungleichheiten in den Niederlanden. Bei der Implementierung der WHO Health-for-All-Strategie im Jahre 1986 wurde erstmalig ein nationales Forschungsprogramm empfohlen, welches die Regierung zwischen 1989 und 1994 dann auch lancierte mit dem Ziel, Umfang und Art gesundheitlicher Ungleichheiten in den Niederlandenden zu ermitteln. Durch Analysen von Sekundärdaten und Start einer Längsschnittstudie (GLOBE Studie) wurde einerseits eine solide Datenbasis geschaffen. Andererseits wurden Bedingungen für künftige Forschungen verbessert, indem die Messung des sozioökonomischen Status standardisiert wurde, und diese Variable regulär Eingang in Krankheits- und Mortalitätsregister fand. Das Forschungsprogramm wurde von der Ginjaar Kommission gestaltet, der auch führende Forscher und Politiker angehörten. Insgesamt erneuerte diese Maßnahme das Interesse an gesundheitlichen Ungleichheiten enorm.

Nach einer Empfehlung der Ginjaar Kommission wurde für 1995-2001 das zweite nationale Forschungsprogramm aufgelegt, welches abermals von einer Kommission begleitet wurde, der Albeda Kommission. Diesmal war das Ziel, die Wirksamkeit von Intervention und politischen Maßnahmen zu bewerten. Die Kommission identifizierte vier Eintrittspunkte, die beim Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten viel versprechend erschienen (s. Tabelle A 2). Angelehnt an diese Eintrittspunkte wurde ein Dutzend Evaluationsstudien durchgeführt, welche die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen bewerten sollten: Z. B. Unterstützungszahlungen für Kinder aus armen Haushalten, Methoden zur Verminderung gesundheitlicher Probleme und Arbeitsunfähigkeit in verschiedenen manuellen Berufen, gemeindebasierte Projekte zur Gesundheitsförderung von Personen in benachteiligten Stadtvierteln, Bereitstellung einer Krankenschwester zur Bewältigung chronischer Krankheiten bei niedrigen Sozialschichten.

Basierend auf den Ergebnissen der Forschung formulierte die Kommission eine Strategie, quantitative Ziele zu formulieren – angelehnt an das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, die gesundheitliche Lücke bis zum Jahr 2020 um Jahre zu verkleinern. Angesichts der tatsächlich wachsenden gesundheitlichen Lücke erschien dieses Ziel sehr ambitioniert und man definierte intermediäre Ziele, die mittelfristig erreichbar schienen. Jedes Ziel war auf einen der o. g. Eintrittspunkte bezogen.

Schließlich wurden, ebenfalls bezogen auf die vier Eintrittspunkte, Empfehlungen ausgesprochen, welche die ganze Spannbreite abdecken zwischen Maßnahmen (*upstream*), die auf die sozioökonomische Lage abzielen, bis hin zu Maßnahmen (*downstream*), die auf die Erreichbarkeit und Qualität der Gesundheitsdienste abzielen. Eintrittspunkte, Ziele und Empfehlungen sind in der untenstehenden Tabelle aufgeführt.

Die Kommission legte den Bericht 2001 dem Ministerium vor. Studienergebnisse und Empfehlungen wurden in Form von Konferenzen und Handbüchern an verschiedene Politikbereiche kommuniziert.

Nachdem das zweite Forschungsprogramm 2001 beendet wurde, ist auf nationaler Ebene praktisch keine Konsequenz erfolgt. Obwohl im Forschungsprogramm eine solide Beweislage und Empfehlungen entwickelt wurden, war das Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheit auf Regierungsebene bis 2002/2003 kein relevantes

Tabelle A 2

Eintrittspunkte, Ziele und Empfehlungen der niederländischen Forschungskommission

4 Eintrittspunkte	11 Ziele	16 Empfehlungen
1. Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen	1. Anteil der Kinder aus benachteiligten Elternhäusern in weiterführenden Schulen bis 2020 auf über 25 % steigern 2. Die Höhe der Einkommensungleichheiten auf dem Niveau von 1996 halten (Gini-Koeffizient 0.24) 3. Anteil der Haushalte mit einem Einkommen unter dem ‚sozialen Minimum' bis 2020 auf 8 % senken	1. Politik fortführen, die Bildungsabschlüsse sozial benachteiligter Kinder fördert 2. Steigerung in der Einkommensungleichheit durch angemessene Steuer- und Sozialversicherungspolitik zuvorkommen 3. Intensivierung der Politik gegen Armut, insbesondere diejenige, welche Langzeitarmut durch spezielle Fürsorgemaßnahmen und bezahlte Arbeit entlastet 4. Weiterentwicklung spezieller Fürsorgemaßnahmen für Familien, deren finanzielle Armut die Gesundheit ihrer Kinder schädigt

noch Tabelle A 2

2. Verminderung des Einflusses gesundheitlicher Probleme auf den individuellen sozioökonomischen Status	4. Arbeitsunfähigkeits-Rente auf dem Niveau von 2000 halten 5. Berufstätigkeit bei chronisch kranken Erwachsenen bis 2020 auf über 57 % steigern	5. Fürsorge für Arbeitsunfähige, insbesondere für diejenigen, die ihrer Arbeit aufgrund von Berufskrankheiten teilweise oder gar nicht mehr nachgehen können 6. Anpassung der Arbeitsbedingungen für chronisch Kranke und Behinderte zur Steigerung der Teilhabe am Arbeitsmarkt 7. Gesundheitliche Maßnahmen für dauerhafte Sozialhilfeempfänger, um Barrieren zum Arbeitsmarkt zu beseitigen 8. Entwicklung von Beratungsmaßnahmen für Schüler, die krankheitsbedingt der Schule fernbleiben
3. Verminderung der Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Bedingungen und Verhaltensweisen	6. Soziale Unterschiede der Rauchprävalenz um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Raucher mit niedriger Bildung bis 2020 auf unter 32 % gesenkt wird 7. Soziale Unterschiede der Häufigkeit körperlicher Aktivität um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Inaktiven mit niedriger Bildung bis 2020 auf unter 49 % gesenkt wird 8. Soziale Unterschiede der Häufigkeit von Übergewicht um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Übergewichtigen mit niedriger Bildung bis 2020 auf unter 9 % gesenkt wird 9. Soziale Unterschiede der gesundheitsschädigenden körperlichen Arbeit um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Personen mit niedriger Bildung, die Beschwerden aufweisen, bis 2020 auf unter 43 % gesenkt wird 10. Soziale Unterschiede der Kontrolle am Arbeitsplatz um die Hälfte reduzieren, indem der Anteil der Personen mit niedriger Bildung, die Kontrolle über ihren Arbeitsablauf haben, bis 2020 auf über 68 % gesteigert wird	9. Gesundheitsförderungsprogramme den Bedürfnissen sozial Benachteiligter anpassen, insbesondere durch umweltbezogene Maßnahmen wie Obstausgabe in Grundschulen oder Erhöhung der Tabaksteuer 10 Einführung von Gesundheitsförderungsprogrammen an Schulen, die das Gesundheitsverhalten der sozial benachteiligten Kinder günstig beeinflussen (besonders Rauchen) 11. Einführung von Gesundheitsförderung in Programmen zur Stadtentwicklung 12. Einführung technischer und organisatorischer Maßnahmen, die körperliche Belastungen in manuellen Berufen reduzieren

noch Tabelle A 2

4. Angebot zusätzlicher kurativer Maßnahmen für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status	11. Soziale Unterschiede der Nutzung des Gesundheitssystems (Arztbesuche, Krankenhauseinweisungen, Medikamentenverschreibung) auf dem Niveau von 1998 halten.	13. Erhalt guter finanzieller Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung für sozial Benachteiligte 14. Dem Ärzteschwund in benachteiligten Gegenden entgegensteuern 15. Akutversorgung in benachteiligten Gegenden verbessern durch die Anstellung von Professionellen, z. B. zur Durchführung von kardiovaskulärer Prävention und besserer Versorgung chronisch Kranker 16. Einführung ortsnaher Netzwerke zur Prävention von Obdachlosigkeit und anderer sozialer Probleme bei chronisch Kranken

Quelle: Mackenbach/Stronks 2002

Thema mehr. Der gesundheitliche Zustand wurde lediglich als Ergebnis individueller und nicht gesellschaftlicher Faktoren betrachtet. Im Regierungspapier 2006 wurde zwar auf die Wichtigkeit gesundheitlicher Ungleichheiten hingewiesen, es folgten jedoch wiederum keine praktischen Konsequenzen.

Auf lokaler Ebene hat es sehr viel mehr Aktivität gegeben. Die (eher sozialdemokratisch regierten) Gemeinden waren sich der Thematik bewusst, in mehr als der Hälfte der Kommunen ist die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ein politisches Ziel. Hier greift die Arbeit des Niederländischen Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention (NIGZ), welches die Aufgabe hat, den Akteuren vor Ort Unterstützung bei der Entwicklung von gesundheitsfördernden Aktivitäten für sozial Benachteiligte zu gewähren. Es gibt viele Initiativen vor Ort, die jedoch oftmals isoliert arbeiten und nicht über effektive Instrumente verfügen. Das NIGZ unterstützt die lokalen Bemühungen durch zwei Strategien (ten Dam 2006; persönliche Kommunikation):

1. Verbreitung effektiver Methoden, die an lokale Bedürfnisse angepasst werden: Hier stehen derzeit 25 Pakete mit Beschreibungen und Richtlinien zur Verfügung, nach Thema, Setting und Zielgruppe sortiert, einschließlich Informationen zu Zeitrahmen, Kosten, erwartbaren Ergebnissen.

2. Entwicklung neuer Methoden, gesundheitliche Ungleichheiten in enger Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren abzubauen: In diesen ‚Laboratorien' werden statt traditioneller Gesundheitsinformation gemeindebasierte Interventionen durchgeführt und evaluiert, die nach den Kriterien der Ottawa Charter arbeiten, d. h. Offenheit, Partizipation, Intersektoralität. Die Zusammenarbeit mit Akteuren vor Ort bedeutet eine Verknüpfung von nationaler und lokaler Ebene.

Um Aktivitäten zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen, werden mittlerweile vom NIGZ konkrete Maßnahmen vorgeschlagen (NIGZ 2007):

1. Überblick über gute Projekte und Politiken,
2. Qualitätsrichtlinie,
3. Werkzeug für die Arbeit in spezifischen Settings,
4. Beratungsstelle durch Telefon, Email, *face-to-face* Kontakt,
5. Entwicklung neuer Strategien in enger Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren,
6. Arbeitsgruppen bereitstellen,
7. Qualifizierung von Professionellen,
8. Forschung und Evaluation bzgl. lokaler Interventionen,
9. Anwaltschaft,
10. Verbindung kommunaler Politik und internationaler Kooperationen (z. B. Closing the Gap).

Ein typisches Projekt, welches sich an den Eintrittspunkt Nr. 2 ‚Verminderung des Einflusses gesundheitlicher Probleme auf den individuellen Sozialstatus' bezieht, ist nachfolgend beschrieben.

Insbesondere in den 31 Großstädten sind gesundheitliche Ungleichheiten ein wichtiges Thema. Auf Druck der Städte wurde für 2005 bis 2009 ein von der Regierung und den Städten mit 25 Mio. € subventioniertes Programm eingeführt, welches vorsieht, gesundheitliche Ungleichheiten in den Städten abzubauen. Die Themen sind Übergewicht, Gemeinde, Jugendgesundheit, Gesundheitsdienste und soziale Integration. Das Nationale Institut für Public Health und Umwelt (RIVM) ist verantwortlich, Fortschritte zu verfolgen bei dem Ziel, die Lebenserwartung der unteren Sozialschichten um eine quantifizierte Größe zu steigern. Erste Ergebnisse werden für das Jahr 2007 erwartet. Bei der Umsetzung des Programms wurden drei Kernfragen definiert:

Exkurs: Praxisbeispiel ‚Supervision von Kindern, die wegen Krankheit der Schule fernbleiben'

Wenn Schüler der Schule krankheitsbedingt fernbleiben, stecken oftmals ganz andere Probleme als gesundheitliche dahinter. Insbesondere in sozial benachteiligten Familien gibt es Konflikte zu Hause oder die Kinder sind unmotiviert. Schließlich haben diese Kinder ein höheres Risiko, die Schule mit schlechtem oder gar ohne Abschluss zu verlassen. Ziel des niederländischen Projektes 'Begeleiding door de jeugdarts van leerlingen met ziekteverzuim' ist, den wahren Grund für schulisches Fernbleiben zu ermitteln und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit Schule, Gesundheitsdienst und Kommune.

Die Schule meldet dem Kinderarzt, wenn Schüler dem Unterricht krankheitsbedingt fernbleiben. Dies passiert auf standardisierte Weise, es gibt Einschlusskriterien und Meldeformulare. Dann werden die Schüler oder die Eltern zum Gespräch eingeladen, so dass der Arzt einen Einblick in die Situation des Schülers erhält. Neben gesundheitlichen Aspekten wird der Arzt so auch auf mögliche verhaltensbezogene Probleme mit Mitschülern oder Lehrern, Probleme zu Hause sowie auf mentale oder motivationale Probleme aufmerksam. Die Ergebnisse werden über die Formulare an die Schule zurückgemeldet. Der Kinderarzt kann Schüler und Eltern unterstützen oder weitere Maßnahmen einleiten, wie z. B. schulische Hilfsangebote und andere soziale Dienste einbeziehen. Durch diese Bemühungen gelingt es, Schulabstinenzler zu begleiten und zu unterstützen. Die erfolgreich evaluierte Maßnahme ist seit 2004 Regelangebot der kommunalen Gesundheitsdienste in West-Brabant. (BZgA/EuroHealthNet 2007)

1. Wie geht man ein spezifisches Gesundheitsproblem an?
2. Wo liegen Chancen für intersektorale Gesundheitspolitik?
3. Was sind die Gesundheitseffekte einer Politik?

Bei der Beantwortung dieser Kernfragen kommen drei vom RIVM entwickelte Instrumente für intersektorale Politik zum Einsatz:

Ad 1. Das sogenannte ‚*Determinanten Policy Screening*' schätzt ab, welche Determinanten für Entstehung bzw. Verlauf spezifischer Gesundheitsprobleme verantwortlich sind und welche Politikbereiche Einfluss auf diese Determinanten und somit auf den Gesundheitszustand haben.

Ad 2. Die ‚Schnellüberprüfung (*Quick Scan*) für intersektorale Gesundheitspolitik' beurteilt, ob die Zusammenarbeit der Gesundheitspolitik mit einem angrenzenden Politikbereich sinnvoll ist.

Ad 3. Das ‚*Health Impact Assessment*' analysiert den Effekt einer politischen Maßnahme auf die Gesundheit, wobei es sich nicht um eine Gesundheitsmaßnahme handeln muss.

A2-4.3.2 Bewertung

Kennzeichnend für die niederländische Situation ist die Erstellung einer soliden Datenlage. Bei der Durchführung einer solchen Forschungsstrategie werden drei Erfolgsfaktoren angeführt :

1. Bei der Konsensbildung war es zielführend, gesundheitliche Ungleichheiten neutral, und nicht emotionsgeladen zu thematisieren. Bei der Beteiligung möglichst vieler Parteien ist es günstiger, positiv und gesundheitsbezogen und nicht in Bezug auf Ungerechtigkeiten zu argumentieren. Konsensbildung ist ein wichtiger Aspekt im niederländischen Gesundheitssystem ist der Entscheidungsprozess. Es gibt hier eine lange Geschichte der konsensbildenden Rücksprache, und Gesundheitspolitik ist gekennzeichnet durch Interaktion zwischen Regierung und organisierten Gruppen, wie z. B. dem Gesundheitsrat, dem Rat für öffentliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung, dem Ausschuss für Gesundheitstarife etc.;
2. nur ein schrittweises und systematisches Vorgehen hat es ermöglicht, in einer relativ kurzen Zeit von zehn Jahren eine solide Evidenzbasis zu erarbeiten;
3. die wiederholte und ausdrückliche Thematisierung sozialer Ungleichheit in der Öffentlichkeit sorgt für Bewusststein – auch in bestehenden Public Health Initiativen (Stronks 2002a).

Evidenzbasierung ist ein wichtiger Schwerpunkt geblieben. Das universitäre Institut für Public Health an der Universitätsklinik Rotterdam ist seit vielen Jahren bei der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa führend. Hier sind die verschiedenen europäischen Arbeitsgruppen (EU Working Groups) und Projekte (z. B. Eurothine) angesiedelt. Damit die Lerngeschwindigkeit erhöht wird, wird die Notwendigkeit von internationaler Zusammenarbeit und Austausch bei der Entwicklung und Implementierung von Projekten und Politiken zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit betont (Mackenbach/Bakker 2002).

Auf beeindruckende Weise hat die Forschungskommission des zweiten Programms eine Strategie entwickelt mit verschiedenen Eintrittspunkten, quantitativen Politikzielen und entsprechenden Empfehlungen. Aber auf genauso beeindruckende Weise hat sich gezeigt, dass – ähnlich wie in England – die beste Strategie keine Anwendung findet, wenn die Regierungsschwerpunkte anders liegen. Bei Abwesenheit nationaler Programme kann jedoch *bottom up* gearbeitet werden – auch dies zeigt schließlich die niederländische Situation, wo Städte und Gemeinden der Thematik große Aufmerksamkeit widmen und von Professionellen wie dem NIGZ kompetent unterstützt werden. Ein ähnlicher Ansatz wird im deutschen Kooperationsverbund

'Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter' verfolgt (BZgA 2003; vgl. BZgA 2007b).

A2-5. Zusammenfassende Bewertung

A2-5.1 Supranationale Zusammenarbeit und Strategien

Insgesamt ist die supranationale Arbeit, sei es durch Projekte der Europäischen Kommission oder durch Zusammenarbeit im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation, positiv zu bewerten. Besonders hervorgehoben werden muss die zentrale Rolle der WHO mit der Strategie '*Health for All 21*' als Katalysator nationaler Debatten zur Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten und des Aufbaus eines allgemeinen Wertesystems. Der WHO gelang damit, die Diskussion über soziale Determinanten von Gesundheit bzw. gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig anzustoßen und die Grundlage für Forschung, Regierungsengagement und Praxis zu schaffen (Jurczak et al. 2005). Darüber hinaus müssen das Engagement auf der EU-Ebene bzw. der EU-Kommission hervorgehoben werden, da es letzterer gelungen ist, durch eine Vielzahl von Projekten, Kommissionen sowie durch finanzielle Unterstützung von Vorhaben im Bereich der Forschung und des Expertenaustausches in Europa ein lebendiges Netzwerk aufzubauen und einen wichtigen Beitrag bei der Suche nach effektiven Interventionen zu leisten.

Das EU-Projekt 'Closing the Gap' ist ein gutes Beispiel dafür, wie Wissen durch vernetzende, europäische Zusammenarbeit gesammelt und der Diskussionsprozess auf der nationalen Ebene gefördert werden kann. Die BZgA ist federführend für das Europäische Projekt, u. a. weil sie Expertise im Rahmen des nationalen Kooperationsverbundes gewonnen hat. Im nationalen Kooperationsverbund wird auf ähnliche Weise Wissen durch vernetzende (nationale) Zusammenarbeit gesammelt und in die Länder- und kommunale Ebene rückgekoppelt (BZgA 2003).

A2-5.2 Bilaterale Zusammenarbeit

Die bilaterale Zusammenarbeit ist insbesondere für die neuen osteuropäischen Mitgliedsstaaten von Bedeutung. Soziale Ungleichheit war bis vor 15 Jahren in Ländern wie Polen, Tschechien, Slovakei oder Ungarn kein Thema, bzw. die soziale Frage wurde in diesen Ländern wissenschaftlich und auf den Regierungsebenen wenig behandelt. Es ist allerdings zu beobachten, dass diese Länder jetzt Strategien entwickeln, wobei der Schwerpunkt darin besteht, eine solide Datenlage herzustellen. Beeindruckend ist das Beispiel Sloweniens. Mit Hilfe des Flämischen Instituts für Public Health entwickelte das regionale Public Health Institut Murska Sobota einen Plan, um die acht Empfehlungen umzusetzen, die im Rahmen des EU Projektes 'Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten' ausgesprochen wurden. In einem zweijährigen, von der Europäischen Kommission geförderten, bilateralen Projekt wurde diese Zusammenarbeit etabliert, so dass für die Slowenische Region Pomurje nun eine ausgearbeitete Strategie vorliegt.

A2-5.3 Nationale Strategien

Die nationalen Strategien folgen keinem einheitlichen Muster. Eine Bewertung nationaler Strategien kann nur vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und gesundheitlicher Rahmenbedingungen erfolgen. Dennoch liefern die oben dargestellten Aktivitäten wertvolle Hinweise auf Erfolgsfaktoren und Barrieren. Aufgrund einer ersten Analyse der skizzierten nationalen Aktivitäten lassen sich drei Kernbereiche für die Formulierung einer erfolgreichen Gesamtstrategie ableiten: Verbesserung der Datenlage, intersektorale Strategien, Verstärkung evidenzbasierter Interventionen.

Verbesserung der Datenlage

In den Niederlanden bestand ein Hauptelement der Strategie darin, eine solide Datenbasis zu schaffen. Zwei systematische Forschungsprogramme, die unter Beteiligung von Experten aus verschiedenen politischen Bereichen durchgeführt wurden, lieferten Daten für eine umfassende Datenlage (s. Abschnitt 0).

Für Deutschland lässt sich konstatieren, dass die Datenlage sicherlich ausreichend, aber noch zu verbessern ist. So verfügt Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern nicht über bevölkerungsweite Mortalitätsregister mit Soziallagenbezug. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt) werden regulär Schichtindikatoren erhoben, so dass Aussagen zu den spezifischen Themen möglich sind. Im Jahre 2006 konnte in Bezug auf die sozial bedingte ungleiche Kindergesundheit erstmals eine solide Datenbasis im Rahmen des Deutschen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) geschaffen werden. Indikatoren für Sozialschicht und Migrationshintergrund von mehr als 18 000 Kinder wurden erhoben, und es zeigt sich, dass sozial benachteiligte Kinder häufiger gesundheitliche Defizite aufweisen (Kurth 2006). Die BZgA erhebt Daten zur Schichtzugehörigkeit bei Untersuchungen zu präventionsbezogenem Wissen, Einstellungen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung bzw. spezifischer Teilgruppen wie z. B. in der Studie 'Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland' (BZgA 2004) oder in der Studie 'AIDS im öffentlichen Bewusstsein' und bei Untersuchungen zu Angeboten der Gesundheitsförderung, wie in der Versorgungs- und Qualitätsanalyse 'Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland (2004-2005)' (BZgA 2007a). Diese Studien erlauben Aussagen zum schichtbezogenen Gesundheitswissen und -verhalten. Die Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung beschreiben den Gesundheitsstand von Bevölkerungsgruppen ebenfalls nach Schichtmerkmalen. Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit kann durch diese Studien als gut belegt angesehen werden.

Die Situation in den Niederlanden könnte für Deutschland Vorbildfunktion haben, um ein systematisches und konzertiertes Monitoring einzuführen, das nicht nur Situationsbeschreibungen ermöglicht, sondern auch die Versorgungslage beschreibt sowie die Wirkung auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten erlaubt.

Intersektorale Strategien und Projekte

Ausgehend von der Evidenz eines Problems kann der politische Wille formuliert und eine entsprechend ausgestattete Maßnahme legitimiert werden. Bei der Konzeption von Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit ist es wichtig, möglichst viele politische und gesellschaftliche Bereiche sowie Fachkräfte zu beteiligen. Sowohl Schweden als auch die Niederlande haben auf die Konsensbildung im Rahmen der entsprechenden und durchaus heterogenen Kommissionen (Public Health Kommission; Ginjaar- und Albeda Kommission) hingewiesen. Diese Kommissionen haben dann ein konzeptuelles Rahmenwerk erarbeitet mit Zielen, thematischen Bereichen und Empfehlungen. Es muss jedoch einschränkend bemerkt werden, dass diese beiden Beispiele auch gezeigt haben, dass zwischen Konzeptbildung und -verabschiedung eine Differenz besteht: Regierungen reagieren auf eine solche, unter Experten und Akteuren konsentierte Strategie möglicherweise nur zögerlich (England, Niederlande) oder nur in Teilbereichen (Schweden). Und selbst wenn ein strategisches Rahmenwerk verabschiedet ist, bestehen häufig Unklarheiten hinsichtlich der Umsetzung und Erfolgsmessung, so dass Indikatoren und Instrumente unbedingt zu einer solchen Strategie gehören müssen. Schweden zeigt in diesem Zusammenhang, dass es sinnvoll ist, eine Organisation mit der Überwachung der Umsetzung zu beauftragen.

Basierend auf dem Modell sozialer Determinanten von Gesundheit werden Chancen für politisches Handeln bzw. Erfahrungen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten aufgezählt (Dahlgren/Whitehead 2006):

- Gesamtgesellschaftliche Politik: Wirtschaftswachstum, Einkommensgleichheit, Armutsbekämpfung,
- intersektorale Politik: Bildung, Arbeitsumfeld, Arbeitslosigkeit, Gesundheitssystem,
- Politik zur Stärkung sozialer Integration und sozialer Netzwerke,
- Verhaltensbezogene Politik: Gesundheitsrelevanter Lebensstil, Tabak- und Alkoholmissbrauch, Ernährung, Sport und Übergewicht.

Zum Problem der Intersektoralität gibt Finnland wertvolle Hinweise. Im Rahmen seiner EU Ratspräsidentschaft hat es den Schwerpunkt *‚Health-in-All-Policies‘* (HiAP; Gesundheit in allen Politikfeldern) gelegt. Das Ziel dieses gesundheitspolitischen Ansatzes ist unter anderem die Stärkung der horizontalen Politikbereiche, wie in der Lissabon-Agenda beschrieben (s. o.). Die Diskussion des Health-In-All-Policies-Ansatzes ergab folgende Implikationen für die Politik in der EU (Ministry of Social Affairs and Health 2006):

- Auf europäischer und nationaler Basis bestehen konstitutionelle und legale Rahmenwerke (z. B. Amsterdam Vertrag, nationale Gesetze), welche die Legitimation dafür sind, den gesundheitlichen Aspekt in anderen Politikbereichen zu stärken. Es ist ratsam, diese Rahmenwerke zu identifizieren und herauszufinden, welche Barrieren bei ihrer Umsetzung bestehen; ggfs. müssen neue Rahmenwerke geschaffen werden.
- Das Ziel politischer Systeme ist kohärente Politik, bei der die verschiedenen Strategien zu einem gemeinsamen Ziel führen und auf gemeinsamen Werten basieren. HiAP kann dabei helfen, die gesundheitlichen Folgen verschiedener Politikstrategien abzuschätzen.
- Damit HiAP stärkere Bedeutung erlangt, wird öffentliches Bewusstsein und politische Teilhabe benötigt. Dafür wiederum muss die Bedeutung von Gesundheit für viele Lebensbereiche und Politikfelder verständlich in die Öffentlichkeit kommuniziert werden.
- Der HiAP Ansatz benötigt eine neue Wissensbasis. Entscheidungskompetente politische Einheiten sollten mit entsprechenden Kapazitäten und Ressourcen ausgestattet werden, diese Basis zu schaffen.

Der intersektorale Ansatz kommt auch der Tatsache entgegen, dass die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ein komplexes Thema ist, das die Kooperation vieler Akteure erforderlich macht. Bei aller Notwendigkeit komplexer und intersektoraler Maßnahmen zeigt das Beispiel England aber auch, dass zunächst einmal die materielle Basis für eine entsprechende Sozial- und Arbeitsmarktpolitik gewährleistet und damit ein Mindeststandard gesichert sein muss. Dies ist eine Grundvoraussetzung bzw. ein Grundelement, auf dem weitere Maßnahmen im Rahmen einer politischen Strategie zum Abbau von grundsätzlichen Ungleichheiten aufbauen.

Bei den Aktivitäten vor Ort ist es sinnvoll, besonders bedürftige Orte zu definieren. Hier können die *Health Action Zones* bzw. die neuen *Spearhead Groups* Englands (s. o.) zum Vorbild genommen werden, wobei jedoch beachtet werden muss, dass die Programme und Maßnahmen partizipativ an örtliche Strukturen angepasst werden müssen. Auch die Niederlande weisen auf die Notwendigkeit hin, Maßnahmen zielgruppenspezifisch, d. h. an Orten mit Entwicklungsbedarf, durchzuführen. Die Einbeziehung des lokalen Sektors, der Nichtregierungsorganisationen und der Betroffenen vor Ort – dies zeigte eine erste Good Practice-Analyse in ‚Closing the Gap‘ – entwickelt sich in Europa zu einer geübten Praxis.

In Deutschland ist dies im Rahmen des Bund-Länder Programms ‚Soziale Stadt‘ bereits Standard (DIfU 2007). Das Programm wurde 1999 vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung gestartet, um der zunehmenden sozialen Spaltung in den Städten und ländlichen Regionen entgegenzuwirken. Derzeit werden mehr als 390 Programmgebiete in 260 deutschen Städten und Gemeinden gefördert. Stadtteilbezogene Strategien zur Gesundheitsförderung sind nunmehr zu einem expliziten Handlungsfeld geworden, das sich zunehmend an dem Setting-Ansatz ausrichtet. Ein Problem gemeindebasierter Interventionen besteht in der Analyse der Wirksamkeit, noch fehlen praktikable Ansätze und Instrumente, die der Komplexität der Interventionen Rechnung tragen.

Verstärkung evidenzbasierter Interventionen

In Deutschland findet sich keine systematische und konzertierte Aktion zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten, obwohl bereits viele Projekte durchgeführt wurden. Vielmehr ist das Feld von Gesundheitsförderung und Prävention durch eine Heterogenität von Projekten in unterschiedlichen Sektoren und auf verschiedenen Ebenen gekennzeichnet. Hier greift das Kooperationsprojekt ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten', welches 2001 von der BZgA implementiert wurde. Ziel ist die Stärkung und Verbreitung ‚guter' Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Die Etablierung von Kooperationsverbünden mit begleitender Qualifizierung von Akteuren im Feld fand auch in den Niederlanden statt. Auf ganz ähnliche Weise wird beim Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (NIGZ) Unterstützung angeboten, sei es durch die Vermittlung von Instrumenten oder durch die Entwicklung neuer, angepasster Verfahren. Durch ein sichtbares Reporting-System, d. h. eine Datenbank, wird diese Unterstützung ergänzt. Diese Systematisierung von Wissen wird auch in internationalen Projekten angewandt, so z. B. im EU Projekt Closing the Gap (BZgA/EuroHealthNet 2007).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei der Entwicklung einer bundesweiten Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten Konsens mit Akteuren aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene bestehen muss, um Maßnahmen ‚von oben nach unten' sowie ‚von unten nach oben' entwickeln zu können. Es zeigt sich, dass die strategische Anlage des Kooperationsverbundes für Deutschland eine sinnvolle Herangehensweise darstellt, die heterogenen Situationen zu sondieren und die verschiedenen Akteure zu einem gemeinsamen Engagement zu motivieren. Allerdings sollte den internationalen Beispielen folgend zunehmend die intersektorale Arbeit zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen verstärkt werden, wie zum Beispiel in der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Sozialpolitik, Beschäftigung und anderen Bereichen. Hierfür ist es notwendig, entsprechende Strukturen und Ressourcen insbesondere auf lokaler und regionaler Ebene zu schaffen, die in die örtlichen Versorgungs- und Angebotssysteme der Gesundheitsförderung sowie andere Dienstleistungssysteme integriert werden können.

A2-5.4 Handlungsorientierungen

Basierend auf den Erkenntnissen von ‚Closing the Gap' regen die BZgA und ihre Kooperationspartner die Fachöffentlichkeit an, bei der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Deutschland folgenden Aspekten Rechnung zu tragen:

1. Berücksichtigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten ein gesamtgesellschaftliches Problem sind:

   Die Notwendigkeit der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten leitet sich aus dem Gerechtigkeitsprinzip ab. Nach dem Grundgesetz, Artikel 3, soll keine systematische Benachteiligung von Personen bestehen. Außerdem sind mit schlechter Gesundheit spezifischer Personengruppen erhebliche Kosten verbunden, die sich über Behandlung und insbesondere Arbeitsunfähigkeit ergeben. Daher sollte erstens das gesellschaftliche Bewusstsein über ungleiche gesundheitliche Chancen gestärkt werden, zweitens sollten verstärkt Anstrengungen unternommen werden, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Dabei sollten soziale Ungleichheiten nicht nur als Problem von armen oder benachteiligten Bevölkerungsgruppen betrachtet werden. Es ist notwendig, den gesamtgesellschaftlichen sozialen Gradienten von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen.

2. Soziale Einflussfaktoren anerkennen und sektorübergreifend zusammenarbeiten:

   Die sozialen Einflussfaktoren von Gesundheit beinhalten allgemeine ökonomische, kulturelle und umweltbezogene Gesellschaftsbedingungen, individuelle Lebens- und Arbeitsdingungen, soziale Netzwerke sowie gesundheitsrelevantes Verhalten. Entsprechend können Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit Maßnahmen in Umwelt-, Bildungs-, Beschäftigungs-, Sozial- und Gesundheitsbereichen sowie Maßnahmen der Stadtentwicklung sein. Weitere, auf das Individuum bezogene Maßnahmen können beispielsweise die Lebensverhältnisse des Einzelnen, die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitsverhalten betreffen.

   Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten kann nicht alleine durch das Gesundheitswesen gelöst werden, sondern es werden sektorübergreifende Strategien benötigt, an denen weitere gesellschaftliche Bereiche (insbesondere Beschäftigungs-, Bildungs- und Sozialwesen) beteiligt sind. Hierbei kann der Finnische *‚Health-In-All-Policies'* Ansatz als Vorbild genutzt werden, weil er die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Themenfeldern verankert.

3. Ziele klar formulieren:

   Bei lokalen und überregionalen Maßnahmen ist es wichtig, klare Ziele zu formulieren, die in einem festgelegten Zeitrahmen durch verantwortliche Akteure umgesetzt werden sollen. Bei der Umsetzung von Zielen und zur Evaluation der Wirksamkeit von Aktivitäten helfen handhabbare Merkmale, die sowohl soziale als auch gesundheitliche Einflussfaktoren berücksichtigen. Die schwedische Public Health Politik setzt dies beispielhaft um und nutzt Merkmale wie Anzahl der Bildungsabschlüsse, Erwerbstätigen- und Arbeitslosenquote, Krankheitsinzidenzen, Mortalitätsraten etc.

4. Zielgruppen genau festlegen:

   Neben der sozialen Lage beeinflussen u. a. auch Lebensalter und Geschlecht den Gesundheitszustand. Zielgruppenspezifische Maßnahmen der Prävention

und Gesundheitsförderung sollten so früh wie möglich, d. h. in Schwangerschaft und früher Kindheit, durchgeführt werden, so wie es bereits in England der Fall ist. Doch auch bei älteren Menschen erzielen Prävention und Gesundheitsförderung gute Ergebnisse. Angesichts des demografischen Wandels stellen sich hier neue Herausforderungen.

5. Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Menschen ansetzen:

   Um sozial benachteiligte Menschen zu erreichen, sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung unmittelbar in deren Lebenswelten (Stadtteil, Schule, Kinderbetreuungseinrichtungen, Betrieb) stattfinden. Ziele und Inhalte der Maßnahmen sollten unter Beteiligung der Zielgruppe entwickelt werden. Dabei sind sowohl Veränderungen der Lebensverhältnisse in den Blick zu nehmen als auch die Befähigung der Menschen, aktiv auf die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen Einfluss nehmen zu können.

6. Gute Praxis definieren und verbreiten:

   Der Good Practice-Ansatz hat sich bewährt bei dem Ziel, innovative Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte zu fördern. In Deutschland sind von einem interdisziplinären Expertengremium erstmalig Kriterien guter Praxis bei der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter definiert worden, wie ein integriertes und vernetzendes Handlungskonzept, Niedrigschwelligkeit, Partizipation und Befähigung der Zielgruppe. Bei der Verbreitung guter Praxis ermöglichen Expertennetzwerke den Transfer von Informationen, Kompetenzen und Instrumenten.

7. Die Evidenzlage stärken:

   Die Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit setzt sich in Deutschland aus verschiedenen Quellen zusammen. Eine umfassende und systematische Forschungsstrategie existiert bisher nicht. Um den Umfang und die Bedingungsfaktoren der gesundheitlichen Ungleichheiten – und die Interventionsansätze zu ihrer Verringerung – besser untersuchen zu können, wird hierfür ein eigenes Forschungsprogramm empfohlen. Die Niederlande können hierbei als Vorbild dienen. Das Regierungsprogramm ‚Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen', welches Strukturen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit als besonders fördernswert erachtet, sollte fortgeführt werden.

8. Vernetzende Aktivitäten fördern:

   Bestehende integrierende Aktivitäten wie der nationale Kooperationsverbund ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) oder der jährliche Kongress ‚Armut und Gesundheit' sollten weiterhin gefördert werden. Auch der internationale Erfahrungsaustausch im Rahmen von EU- oder WHO-Kooperationen ist als besonders wertvoll einzuschätzen. Viele Länder stehen zu den von der WHO formulierten Gerechtigkeitsprinzipien und Werten, und der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zählt zu den allgemeinen Gesundheitszielen. Hier besteht eine enorme Expertise, die in Deutschland noch besser genutzt werden sollte.

9. Nationale Strategie entwickeln und abstimmen:

   Beim Vergleich der Aktivitäten europäischer Partnerländer wird deutlich, dass zu einer nationalen Strategie folgende Bestandteile gehören: Verbesserung der Evidenzlage durch ein nationales Forschungsprogramm; Erarbeitung einer Strategie durch eine interdisziplinäre Kommission, die Leitbild für konkrete Projekte vor Ort ist; intersektorale Maßnahmen, welche die sozialen Determinanten berücksichtigen; Unterstützung für die Akteure vor Ort; Identifikation von Orten mit besonders großem Entwicklungsbedarf. Nationale Strategien sollten jedoch immer vor dem Hintergrund der spezifischen Merkmale (Wohlstand, Gesundheitszustand, Wohlfahrtssystem, politische Geschichte und Zuständigkeiten) des jeweiligen Landes bewertet werden.

10. Europa mitdenken:

    Maßnahmen der Europäischen Union sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie die Gesundheitschancen spezifischer Personengruppen nicht nur fördern (wie etwa durch Strukturfonds), sondern auch unbeabsichtigt vermindern können (beispielsweise indem nationale Auspreisung und Besteuerung von Nahrungsmitteln oder Alkohol aufgeweicht werden). Die Lissabon Strategie, welche bis zum Jahr 2010 die Beseitigung von Armut entscheidend voranbringen möchte, bildet zurzeit eine grundlegende Legitimation nationaler oder regionaler Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten.

Diese Handlungsorientierungen wurden auf der Nationalen Konferenz ‚Closing the Gap – Strategies for Action to tackle health Inequalities in Europe' am 13. Februar 2007 in Berlin vorgestellt und mit den Kooperationspartnern konsentiert.

A 2-6. Literatur

Agren, G. (2003): Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Agren, G. und Lundgren, B. (2005): The 2005 Public Health Policy Report. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Benzeval, M. (2003): National Evaluation of Health Action Zones. The Final Report of the tackling Health Inequalities in Health Module, London.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2003): Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Fachheft Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 22, Köln.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundes-

republik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der BZgA. Teilband Rauchen, Köln.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007a): Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2005. Zweistufige Versorgungs- und Qualitätsanalyse, Köln.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007b): Internetplattform ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten', http://www.gesundheitliche-chancegleichheit.de (Stand 11.04.07).

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007c): EU Project ‚Closing the Gap', www.health-inequalities.eu (Stand 11.04.07).

BZgA und EuroHealthNet (2007): EU Projekt: Closing the Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities, www.health-inequalities.eu (Stand 11.04.2007).

Dahlgren, G. und Whitehead, M. (2006): Levelling up (Part 2), Copenhagen.

Department of Health (1999): Saving Lives: Our Healthier Nation, London.

Department of Health (2001): From Vision to Reality, London.

Department of Health (2004): CHOOSING HEALTH – Making healthy choices easier, London.

Department of Health (2005): Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action, London.

Department of Health (2007): PSA Target, http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Healthinequalities/Healthinequalitiesguidancepublications/DH_064183 (Stand 11.04.07).

Department of Public Health und University Medical Center Rotterdam (2007): EU Project Eurothine, www.eurothine.org (Stand 11.04.07).

DIfU (Deutsches Institut für Urbanistik) (2007): Bund-Länder Programm Stadteile mit besonderem Entwicklungsdedarf – Die Soziale Stadt, www.soziale-stadt.de (Stand 11.04.2007).

European Network Sastipen (2007): Reduction of Health Inequalities in the Roma Community, www.gitanos.org/publichealth/default.htm (Stand 11.04.07).

European Commission (2007): DG Health and Consumer Protection/Public Health, http://ec.europa.eu/health/index_en.htm (Stand 11.04.07).

Health Development Agency (2003): Tackling Health Inequalities, London.

HJS (2006): Health Inequalities (Beilage). Health Service Journal, November: 1-19.

Judge, K., Platt, S., Costongs, C. und Jurczak, K. (2006): Health Inequalities: A Challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, London.

Jurczak, K., Costongs, C. und Reemann, H. (2005): National policies to tackle health inequalities in Europe. Eurohealth, 11: 24-26.

Kurth, B. (2006): Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 49: 1050-1058.

Mackenbach, J.P. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile – an independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, London.

Mackenbach, J.P. und Bakker, M.J (Hrsg.) (2002): Reducing Inequalities in health: a European Perspective, London/New York.

Mackenbach, J.P. und Stronks, K (2002): A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ 325: 1029-1032.

Mackenbach, J.P. und Bakker, M. (2003): Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. The Lancet 362: 1409-1414.

Ministry of Health and Social Affairs (2002): Mål för folkhälsan. Regeringens proposition 2002/03: 35.

Ministry of Public Health WaS (1995): Health and Wellbeing.

Ministry of Social Affairs and Health (2006): Health in All Policies – Prospects and Potentials.

NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention) (2007): WIJKSLAG wijkgericht werken an gezoodheit, www.nigz.nl/wijkslag (Stand 11.04.07).

Östlin, P. und Diderichsen, F. (2000): Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. Policy Learning Curve Series 1.

Stronks, K. (2002a): Generating evidence on interventions to reduce inequalities in Health: the Dutch case. Scand J Public Health, 30 Suppl 59.

Stronks, K. (2002b): The Netherlands, in: Mackenbach, J.P., Bakker, M. (Hrsg.), Reducing Inequalities in Health – a European Perspectice. London: 249-261.

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsolova, S. und Mortensen, J. (2005): The Contribution of Health to the Economy in the European Union, Brüssel.

Wanless, D. (2002): Securing our Future Health: Taking a Long-Term View – Final Report, London.

Whitehead, M. (1998): Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspectice. Milbank Quarterly, 76: 469.

WHO (World Health Organization) (2007): Commission on Social Determinants of Health, http://www.who.int/social_determinants/en/(Stand 11.04.2007).

WHO Commission on Social determinants of Health (2005): Towards a conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper (Draft).

Anhang 3

‚Gesund leben lernen‘ – das Kooperationsprojekt der GGV-Spitzenverbände zur Gesundheitsförderung in Schulen (Anhang zu Abschnitt 6.4.1)

Tabelle A 3

Zielebenen für Veränderungen (Mehrfachnennungen) – Anzahl Maßnahmen mit Ziel … pro Schule

Ziele	Gesamt	Teilprojekt Nds.	Teilprojekt Rh-Pf.	Teilprojekt Sa-Anh.
Vorlauf, Initiierung, Projektmotivation	6.5	7.6	4.9	10.3
Veränderung Entscheidungsstrukturen	2.4	2.1	2.5	2.1
Veränderung Räumliche Gestaltung	3.8	3.6	3.4	5.1
Veränderung Abläufe im Schulalltag	7.0	6.4	6.2	9.7
Veränderung der Unterrichtspraxis	4.8	3.6	5.5	3.5
Kommunikation Schüler – Schüler	6.1	6.6	6.4	4.7
Kommunikation Schüler – Lehrkräfte	6.3	6.4	6.6	5.0
Kommunikation Lehrkräfte – Lehrkräfte	5.7	6.9	5.8	4.7
Kommunikation Schulleitung – Lehrkräfte	4.2	5.1	4.3	3.5
Kommunikation Schule – Eltern	4.2	3.3	4.3	4.5
Kooperation mit schulexternen Partnern	9.0	5.7	7.9	14.3
Neue Versorgungsangebote	4.2	3.4	3.3	7.4
Individuelle Kenntnisse, Fähigkeiten	8.1	4.9	8.6	8.6
ANZAHL MASSNAHMEN	N=938	N=88	N=500	N=350
PRO SCHULE	18.4	12.6	15.2	31.8
ANZAHL SCHULEN	N=51	N=33	N=7	N=11

Quelle: Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin m.b.H., Freiburg

Tabelle A 4

Themen der Maßnahmen (Mehrfachnennungen) – Anzahl Maßnahmen mit Thema … pro Schule

Themen	Gesamt	Teilprojekt Nds.	Teilprojekt Rh-Pf.	Teilprojekt Sa-Anh.
Bewegung	6,9	3,1	6,5	10,4
Stress/Entspannung	6,3	5,3	5,7	8,5
Ernährung	4,3	3,0	3,5	7,3
Genuss-/Suchtmittel	2,7	2,0	3,2	1,5
Arbeitsplatz Schule und Gesundheit	8,9	6,3	5,4	21,1
Umwelt und Gesundheit	3,5	3,3	3,1	4,6
Soziale Beziehungen und Gesundheit	7,2	7,0	7,5	6,1
Führung/Moderation	1,8	1,6	1,6	2,5
Sonstiges	2,1	0,3	1,7	4,4
ANZAHL MASSNAHMEN	N=938	N=88	N=500	N=350
PRO SCHULE	18.4	12.6	15.2	31.8
ANZAHL SCHULEN	N=51	N=33	N=7	N=11

Quelle: Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin m.b.H., Freiburg

Tabelle A 5

Art der Aktivität/Intervention (Mehrfachnennungen) – Anzahl Maßnahmen mit Aktivitäts-/Interventionsart … pro Schule

Aktivitäts-/Interventionsarten	Gesamt	Teilprojekt Nds.	Teilprojekt Rh-Pf.	Teilprojekt Sa-Anh.
Analyse (Begehung, Befragung)	4,3	3,9	3,8	5,9
Gesundheitszirkel	1,8	2,3	1,3	3,0
Gesundheitstage/-wochen	3,8	0,7	4,6	3,5
Fort-/Weiterbildung	3,3	2,9	3,2	3,7
Arbeits-/Projektgruppe	5,7	6,3	5,2	7,0
Präventionskurs	3,3	2,3	3,6	3,1
Informationsveranstaltung	5,1	2,0	5,2	6,8
Individuelle Beratung	3,9	2,4	3,5	6,4
ANZAHL MASSNAHMEN	N=938	N=88	N=500	N=350
PRO SCHULE	18.4	12.6	15.2	31.8
ANZAHL SCHULEN	N=51	N=33	N=7	N=11

Quelle: Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin m.b.H., Freiburg

Anhang 4

‚Gesundheitsförderung bei soziale Benachteiligten' – der bundesweite Kooperationsverbund der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Anhang zu Abschnitt 6.4.2)

Abbildung A 5

Überblickskarte der Träger und Unterstützer der Regionalen Knoten



Quelle: BZgA 2007b

Anhang 5

Forschung zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen (Anhang zu Unterkapitel 6.5.3)

Tabelle A 6

Forschende Projekte zur Primärprävention vulnerabler Gruppen

Nr.	Projekttitel	Träger	Laufzeit[a)]
1	Bewegung als Investition in Gesundheit	Universität Nürnberg	2005-2007
2	Ernährungs- und bewegungsbezogene Prävention bei sozial benachteiligten Kindern	Universität Bremen	2005-2008
3	Prävention kindlicher Adipositas	Universität Potsdam	2005-2008
4	Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater	MH Hannover	2005-2008
5	Implementierung und Evaluation eines evidenzbasierten primärpräventiven Interventionsprogramms für allein erziehende Mütter und ihre Kinder in Kindertagesstätten (PALME)	Universität Düsseldorf	2005-2007
6	Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier	Universität Hamburg UKE	2005-2008
7	Verbundprojekt: Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation.	Wissenschaftszentrum Berlin, Gesundheit Berlin e. V.	2005-2008
8	Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte	Universität Hamburg	2006-2009
9	Prävention depressiver Störungen durch Gesundheitsförderung und Kompetenzsteigerung Jugendlicher	Universität Tübingen	2007-2009
10	Evaluation des Programms „Obeldicks light“	Universität Bremen, Private Universität Witten/Herdecke	2006-2009
11	Gesundheit beginnt in der Familie	Deutsches Jugendinstitut e. V., Universität Hamburg	2006-2009
12	Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für die Gesundheitsförderung	Verein für Kommunalwissenschaften e. V.	2006-2009
13	Praxis der Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings (Quali-Set-Praxis)	Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen e. V.	2006-2009
14	Vergleichende Evaluation von präventiven Edukationsangeboten für Eltern	Universität Bielefeld	2006-2009
15	Evaluation von Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Mädchen und Jungen der Sekundarstufe Stufe 1	Universität Lübeck, Robert Koch-Institut	2006-2009
16	Evaluation und Optimierung eines zahnmedizinischen Präventionsprogramms für Kinder	Universität Marburg	2006-2009
17	Gesundheitsförderung von MigrantInnen im Jugendalter	Universität München	1997-2000
18	Intersektorale Politik und Gesundheitsförderung	Universität Hamburg	1996-1999

noch Tabelle A 6

Nr.	Projekttitel	Träger	Laufzeit[a)]
19	Armut im Vorschulalter	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.	1997-2000
20	Die FIT-Beratung. Motivierende Gesundheitsgespräche bei Arbeitslosen	Universität Duisburg Essen	2003-2004
21	Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten	Gesundheitstreffpunkt für Frauen in Tenever (Bremen)	1986-1989
22	Sexualität und Behinderung	Pro Familia Hannover	2000-2002
23	Search I – Suchtprävention für Flüchtlinge und Asylbewerber in Europa	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	2000-2002
24	Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention	Wissenschaftszentrum Berlin	2003-2005
25	Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet	Wissenschaftszentrum Berlin	2004-2005
26	Gesundheitswirksame Aspekte in Beratung und Selbsthilfe der von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen und ihrer Familien	Bochumer Sozialmedizinische Forschung e.V. (BOSOFO)	1986
27	„Opstapje“-Evaluation	Deutsches Jugendinstitut München	2001-2004

[a)] Wenn bei der Laufzeit nur eine einzelne Jahresangabe aufgeführt ist, handelt es sich meist um das Erscheinungsjahr von Buchprojekten. Bei einigen älteren Projekten konnte lediglich der Zeitpunkt des Abschlusses ermittelt werden.

Quelle: Eigene Recherchen

Anhang 6

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das BMG beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das BMG eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das BMG kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem BMG in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das BMG legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Anhang 7

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmey
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Forschungsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität
Frankfurt am Main

Anhang 8

Bisher erschienene Gutachten des Sachverständigenrates

Jahresgutachten 1987:
Medizinische und ökonomische Orientierung,
Baden-Baden 1987

Jahresgutachten 1988:
Medizinische und ökonomische Orientierung,
Baden-Baden 1988

Jahresgutachen 1989:
Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven
der Gesundheitsversorgung,
Baden-Baden 1989

Jahresgutachten 1990:
Herausforderungen und Perspektiven
der Gesundheitsversorgung,
Baden-Baden 1990

Jahresgutachten 1991:
Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland,
Baden-Baden 1991

Sondergutachten 1991:
Stabilität ohne Stagnation?
(abgedruckt im Jahresgutachten 1992),
Baden-Baden 1992

Jahresgutachten 1992:
Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa,
Baden-Baden 1992

Sachstandsbericht 1994:
Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000
Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität
bei sich ändernden Rahmenbedingungen,
Baden-Baden 1994

Sondergutachten 1995:
Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000.
Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität
und mehr Wirtschaftlichkeit,
Baden-Baden 1995

Sondergutachten 1996:
Gesundheitswesen in Deutschland.
Kostenfaktor und Zukunftsbranche.
Bd. I: Demographie, Morbidität,
Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung,
Baden-Baden 1996.

Sondergutachten 1997:
Gesundheitswesen in Deutschland.
Kostenfaktor und Zukunftsbranche.
Bd. II: Fortschritt, Wachstumsmärkte,
Finanzierung und Vergütung,
Baden-Baden 1998.

Gutachten 2000/2001:
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.
Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.
Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege.
Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.
Bd. III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker.
Bd. III.2: Ausgewählte Erkrankungen: ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall und chronische, obstruktive Lungenkrankheiten.
Bd. III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen.
Bd. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,

Baden-Baden 2002

Addendum zum Gutachten 2000/2001, Band I bis III:
Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der
Arzneimittel versorgung in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV),
Baden-Baden 2002

Gutachten 2003:
Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität.
Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung.
Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen,

Baden-Baden 2003

Gutachten 2005:
Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.
Bd. I: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention.
Bd. II: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

Stuttgart 2006



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333